



**T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARIN NİKOTİN BAĞIMLILIĞININ
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE DEPRESYON
İLE İLİŞKİSİ**

**Dr. USAME VELİOĞLU
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DÜZCE
2017**



**T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARIN NİKOTİN BAĞIMLILIĞININ
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE DEPRESYON
İLE İLİŞKİSİ**

**Dr. USAME VELİOĞLU
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Cemil Işık SÖNMEZ**

**DÜZCE
2017**

ÖNSÖZ

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim boyunca bilgi birikimiyle deneyimlerinden yararlandığım, içtenlikle benden desteğini ve sevgisini esirgemeyen Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı aynı zamanda tez danışmanım değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Cemil Işık SÖNMEZ'e teşekkür ederim.

Yine tez çalışmamda yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Handan ANKARALI ve Yrd. Doç. Dr. Şengül CANGÜR'e teşekkür ederim.

Asistanlığım süresince büyük destek ve samimi dostluklarıyla benim yanımda olan, birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum Dr. Mehmet Harun DELER, Dr. Yunus Cem SARIGÜZEL, Dr. Feyza SARIGÜZEL, Dr. Mehmet Serkan KARAÇAM, Dr. Sabri AKTÜRE, Dr. Leziz HAKAN, Dr. Osman KARAKILIÇ, Dr. Elif GÜLEN ONUR, Dr. Günnur ÖRENLİ, Dr. Zemze ÖZBEY, Dr. Şeyda ŞEN, Dr. Şennur TUNÇ, Dr. Yunus ŞENGÜN, Dr. Nejat KÜÇÜKDAĞ ve diğer asistan doktor arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Hayatımın her aşamasında maddi-manevi destek ve sevgileriyle her zaman yanımda olan; sabır ve fedakârlıkları hiç tükenmeyen annem, babam ve kardeşlerime sonsuz teşekkür ve sevgilerimi sunarım.

Dr. Usame VELİOĞLU

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada sigara bırakma polikliniğe başvuran hastaların sigara bağımlılıklarının sosyodemografik özellikler ve depresyon ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniğine Mart 2015 - Kasım 2016 tarihleri arasında başvuran 2119 kişi dahil edildi. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ve Beck Depresyon Ölçeği uygulanmış olan hastaların sosyodemografik özellikleri incelendi. Hastaların nikotin bağımlılığının sosyodemografik özellikler ve depresyon arasındaki ilişki incelendi.

Bulgular: Çalışmadaki hastaların 1468 (%69,3)'i erkek, 651 (%30,7)'i kadındı. Çalışmamızda cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek durumu, ailede sigara kullanma durumunun FNBT skoru üzerine anlamlı etkisi olmadığı gözlemlendi. "<20" yaş grubundaki nikotin bağımlılık düzeyi düşük olan bireylerin oranı, "41-50" ve "51-60" yaş gruplarındaki nikotin bağımlılık düzeyi düşük olan bireylerin oranlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir (her biri için $p<0,005$). Alkol kullananların nikotin bağımlılığının daha yüksek olduğu anlamlı olarak görüldü ($p=0,011$). Nikotin bağımlılığı arttıkça depresyon düzeylerinin arttığı anlamlı olarak saptandı ($p<0,001$).

Sonuç: Nikotin bağımlılığının alkol ve depresyon ile ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Nikotin bağımlılığı ile mücadelede, hastalar biyopsikososyal yaklaşımla değerlendirilmelidir. Sigara bıraktırma uygulamalarında özellikle genç popülasyon hedef alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nikotin bağımlılığı, sosyodemografik özellikler, sigara bırakma, depresyon

ABSTRACT

Aim: In this study, we aimed to investigate the relationship between cigarette addiction and socio-demographic characteristics and depression in patients who applied smoking cessation outpatient clinics.

Method: This retrospective study included 2119 patients who applied to Duzce University Medical School of Family Medicine Smoking Cessation Outpatient Clinic from March 2015 to November 2016. The socio-demographic characteristics of patients who were tested out Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) and Beck Depression Scale, were examined. The relationship between nicotine dependence and socio-demographic characteristics and depression of patients was examined.

Results: 1468 (69.3%) of the patients were male and 651 (30.7%) were female. In our study, it was observed that gender, marital status, educational status, occupational status, family smoking status had no significant effect on FTND score. The nicotine addiction level in the "20" age group was significantly lower than the "41-50" and "51-60" age groups ($p < 0.005$ for each). The nicotine addiction of alcohol users was found to be higher ($p = 0.011$). As nicotine addiction increased, depression levels were significantly increased ($p < 0.001$).

Conclusion: Nicotine addiction was found to be related to alcohol and depression. In the struggle against nicotine addiction, patients should be evaluated with bio-psychosocial approach. In smoking cessation programs, especially young population should be targeted.

Keywords: Nicotine addiction, socio-demographic characteristics, smoking cessation, depression

İÇİNDEKİLER

Sayfalar

ÖNSÖZ	İ
ÖZET.....	İİ
ABSTRACT.....	İİİ
İÇİNDEKİLER	İV
SAYFALAR	İV
KISALTMALAR	Vİİ
TABLolar.....	Vİİİ
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Sigara	3
2.1.1.Tütün Kullanımının Tarihçesi	3
2.1.2. Sigara Epidemiyolojisi	4
2.1.3. Sigaranın İçeriği	5
2.1.4. Nikotinin Farmakolojik Özelliği	5
2.1.5. Nikotin Bağımlılığı	6
2.1.7.Tütün Kontrolü ve İlgili Programlar	11
2.1.8. Sigara Bıraktırma Polikliniklerinde Hastaya Yaklaşım.....	16
2.2. Depresyon	16
2.2.1. Depresyon tanımı ve tanısı.....	16
2.2.2. Depresyonun Epidemiyolojisi	18
2.2.3. Depresyonun etyolojisi.....	18
2.2.4. Depresyonun Kliniği	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	33
6. SONUÇLAR	38

7. KAYNAKLAR.....	39
8. EKLER.....	48
Ek 1. Etik Kurul Onayı.....	48



KISALTMALAR

DSM-IV.: Amerikan Psikiyatri Birliği (*American Psychiatric Association*) tarafından yayımlanan zihinsel hastalıklar için tanı ölçütü. İlk defa 1952'de yayımlanmıştır. Son baskısı 18 Mayıs 2013 tarihinde yayımlanan DSM-V'tir.

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FNBT: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

GATS: Global Adult Tobacco Surveillance System

HCC: Hepatosellüler Karsinom

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

TAPDK: Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasa Düzenleme Kurulu

TABLULAR

Tablo 1: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

Tablo 2: Sigara ile mücadelede dönüm noktaları

Tablo 3: Yaş grupları dağılımı

Tablo 4: Cinsiyet dağılımı

Tablo 5: Medeni durumlara göre dağılım

Tablo 6: Eğitim düzeylerine göre dağılım

Tablo 7: Meslek gruplarına göre dağılım

Tablo 8: Alkol kullanma durumu

Tablo 9: Ailede sigara kullanma durumu

Tablo 10: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi düzeyleri dağılımı

Tablo 11: Beck Depresyon Testi düzeyleri dağılımı

Tablo 12: Yaş gruplarına göre nikotin bağımlılık düzeyleri

Tablo 13: Cinsiyetlere göre nikotin bağımlılık düzeyleri

Tablo 14: Medeni duruma göre nikotin bağımlılık düzeyleri

Tablo 15: Eğitim durumlarına göre nikotin bağımlılık düzeyleri

Tablo 16: Meslek gruplarının nikotin bağımlılık düzeyleri

Tablo 17: Alkol kullanma durumuna göre nikotin düzeyleri

Tablo 18: Ailesinde sigara içenlerin nikotin bağımlılık düzeyleri

Tablo 19: Nikotin bağımlılık düzeylerine göre Beck depresyon testi median değerleri

Tablo 20: Cinsiyetlere göre Beck depresyon düzeyleri

Tablo 21: Medeni durumlara göre depresyon düzeyleri

Tablo 22: Yaş gruplarına göre depresyon düzeyleri

Tablo 23: Eğitim düzeylerine göre depresyon düzeyleri

Tablo 24: Meslek gruplarına göre depresyon düzeyleri

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzün en büyük problemlerinden birisi olan tütün kullanımı gittikçe yaygınlaşmakta olup, özellikle genç nüfus daha çok etkilenmektedir. İnsanlar psikolojik, sosyal ve farmakolojik faktörler yüzünden tütün kullanmaya başlamakta ve kullanmayı sürdürebilmektedirler. Birçok insan bunu günlük bir ihtiyaç olarak görmekte ve dünyanın her yerinde tütüne kolaylıkla ulaşabilmektedir. Tütünün farklı kullanılış şekilleri içerisinde nargile, enfiye, puro, pipo, tütün çiğneme ve sigara bulunmaktadır. Fakat, günümüzde tütün en çok sigara formuyla kullanılmaktadır. Özellikle ülkemizde, tütünün diğer kullanım biçimleri çok düşük düzeyde olduğundan, "tütün" denildiğinde akıllarda sigara canlanmaktadır. Sağlık yönü dünyada büyük problem olurken, ekonomik yönü ise dünyada ilgi çeken bir endüstri olan tütün vesilesiyle, yüklü miktarlarda kazançlar sağlanmaktadır. Fakat tütünün insan sağlığına verdiği zararlar oldukça fazladır.

Bu güne kadar toplumlar tarafından zevk verici madde olarak kullanılan sigaranın zararlarının anlaşılmaya başlanması üzerine, bir çok tartışma ve bilimsel araştırma sigarayı konu edinmiştir. Resmi olarak tütün kullanmanın zararlı olabileceği görüşünü ilk kez Stanhope ve arkadaşları 1964 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yayınlanan Surgeon General raporunda açıklamışlardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) açıklamalarına göre her sene 4 milyon kişi sigaranın neden olduğu hastalıklar sebebiyle hayatını kaybetmektedir; bu rakamın 2030 yılında 10 milyona ulaşacağı tahmin ediliyor ve 2020'lerde ise sigaranın sebep olduğu ölümlerin %70'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı öngörülmektedir (1). Sigara tüketimi gelişmiş ülkelerde gittikçe azalırken, gelişmekte olan ülkelerde ise artmaya devam etmektedir (2).

Dünyada yaklaşık 1,2 milyar kişi nikotin bağımlısı olup, bunları çoğu orta ve gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (3). Türkiye'de erken yaşta ölümlere sebep olan malignitelerin ve kardiyovasküler sistem hastalıklarının en önemli sebeplerinden biri de sigaradır. Öte yandan sigara kontrol edilebilir ve önlenebilir nedenlerdendir. Sigara bağımlılığının bir hastalık olduğu DSÖ tarafından kabul edilmiştir. Bu yüzden tütün kullanımıyla tüm hekimler mücadele etmeli ve tütün kullanan kişilerin bırakması için teşvik edilmelidir.

Sigaranın yaptığı tahribata bakacak olursak hem insanların hem de devletlerin bütçelerine büyük bir yük oluşturduğu görülmektedir. Ayrıca sigaranın içinde bulunan zararlı maddelere ve yaptıkları etkilere bakacak olursak, insan organizmasına ne kadar zararlı olduğu görülmektedir. Sigara içme durumlarının bugünkü gibi devam etmesi halinde önümüzdeki 30 yıl içerisinde sigara nedenli ölümlerin, tüberküloz, anne ölümleri, trafik kazaları, kazanılmış immün yetmezlik sendromu (AIDS), intihar ve cinayetlere bağlı ölümlerin toplamını geçeceği öngörülmektedir (4).

Depresyon aile hekimliğinde ikinci en sık görülen ruhsal sağlık problemidir. Depresyon duygusal, bilişsel ve güdüsel alanlarda bir çok belirtiyi içermekte olup, kronikleşme, yaygınlık ve tekrarlama oranın yüksek olması, iş gücü kaybının yanında intihar riskini de arttırması gibi nedenlerden dolayı önemli olan bireysel ve toplumsal bir sağlık problemidir (5-7).

Çalışmamızda sigara bırakma polikliniğe başvuran hastaların sigara bağımlılıklarının sosyodemografik özellikler ve depresyon ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Sigara

2.1.1.Tütün Kullanımının Tarihçesi

Tütün tarımının Amerika kıtasında Milattan Önce (M.Ö.) 6000 yıllarında başladığı tahmin edilmektedir. Amerika'daki Yukatan adasında yaşamış olan Maya'lara ait olan tarihi taşlar üstündeki resimlerde ve Kuzey Ohio bölgesindeki höyüklerde pipo resimlerine ve tütünün kullanılma şekillerine rastlanmaktadır. Tütün yapraklarının çiğnenmesi, lavman olarak kullanılması, tozunun yaralara sürülmesi o dönemde görülen başlıca tütün kullanım şekilleridir.

Avrupalılar tütünle, Küba'ya ayak basan Christopher Columbus sayesinde 1492 yılında tanışmışlardır. Columbus, yerlilerin tütün içmekte kullandıkları saz borusunun adı olan "Tobacco"yu bitkiye isim olarak vermiştir (8). Tütün hakkında ilk bilgilerin yer aldığı kitap, 1499 yılında yazılmaya başlanan, 1505 yılında ilk baskısı basılmış olan Amerigo Vespucci'nin eseridir. Vespucci eserinde, bizzat gördüğü şeyleri anlatmış, yerlilerin tütünü nasıl kullandıklarını ve bunun tedavi maksatlı da kullanılabileceğini belirtmiştir. Romano Pane adlı piskopos İspanya Kralı Charles Quint'e 1518'de tütün tohumunu tanıtmıştır. Bu tarihten sonra İspanya'da tütün tarımı başlamıştır (9).

Tütünün Avrupa'ya yayılımı 1559 yılında Portekiz'deki Fransa elçisi Jean Nicot vesilesiyle olmuştur. Elçi Fransa Kraliçesi Catherine de Medicis'e 1560 yılında tütün tohumunu göndermiştir. Tohumlar saray bahçesine ekilen tohumların çiçek açtıktan sonra kraliçenin migren benzeri baş ağrısını geçirdiği fark edilince, tütünün cesaret verici ve keyiflendirici etkisi dışında ilaç olarak da kullanılabileceği düşünülmüş ve Avrupa'ya hızla yayılmıştır. Başlarda "Elçi otu" adıyla anılan tütüne, kraliçenin gösterdiği ilgiden dolayı "Kraliçe otu" adı da verilmiştir. Daha sonraları ise Jean Nicot'un gösterdiği ilgi nedeniyle tütün bitkisine "Nicotinia" ve 1828'de bulunan alkaloidine ise "Nicotin" ismi verilmiştir (9).

Tütün hakkında bilgi ve teori bakımından ilk büyük çalışma, İspanya kraliyet doktorlarından Monardes'in "Yeni Dünyadaki Tedavi Edici Bitkilerin Tarihi" adlı kitabıdır. Amerika'ya seyahat etmiş insanların anlattıklarına ve Francisco

Hernandez'in raporlarına dayandırılarak hazırlanan bu kitap, 1571 yılında basılmıştır. Kitapta bir bölüm sadece tütüne ayrılmıştır. Bu bölümde tütünün yetiştirilmesi ve kullanım şekillerinden bahsedilmekte; susuzluktan açlığa, diş ağrısından kansere çok sayıda derde faydalı olduğu belirtilmektedir. Ticari amaçla tütünün ilk yetiştirilmesi 1612'de Virginia'da gerçekleştirilmiş ve dokuz tonluk ilk tütün ihracatı 1619 yılında Londra'ya yapılmıştır. Amerika kıtasında 1862 yılında sigaradan ilk kez vergi alınmıştır. 1881'de ise Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk sigara üretim makinası kullanılmıştır (8).

2.1.2. Sigara Epidemiyolojisi

En sık görülen madde bağımlılığı çeşidi, kullanımının yasal olması ve kolay temin edilebilmesi nedeniyle sigara bağımlılığıdır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sigara kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır (10). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyadaki 15 yaş üstü nüfusun üçte biri sigara kullanmaktadır. Yani yaklaşık 1,1 milyar kişi sigara kullanmaktadır. Ayrıca bunların yaklaşık 800 milyon kadarı gelişmekte olan ülkelerde bulunmaktadır. Dünyada her 10 saniyede bir kişinin hayatı tütün ürünleri yüzünden sona ermektedir. 2020 yılında her yıl 10 milyon insanın ölümünün sebebinin sigaraya bağlı olacağı tahmin edilmektedir. Bunların da büyük çoğunluğunun gelişmekte olan ülkelerde olacağı öngörülmektedir (11). DSÖ'nün farklı bölgelerde yürüttüğü çalışmaların sonuçlarına bakılarak tütün kullanımı GATS (Global Adult Tobacco Surveillance System) ile her sene güncellenmektedir (12).

Türkiye'de Küresel Yetişkin Tütün Araştırması raporlarına göre 14,8 milyon (%27) kişi tütün kullanmaktadır. Erkeklerde tütün kullanma sıklığı %41,5 iken kadınlarda %13,1'dir. Tütün kullananların %23,8'i her gün tütün kullanmaktadır. Tütün ürünü kullananların %94,8'i sigara kullanmakta iken %0,8 kadarı nargile kullanmaktadır (13). DSÖ 2015 raporlarında Türkiye'de yetişkin grupta sigara içme oranının %22 olduğu bildirilmiştir (14). Çeşitli çalışmalarda ülkemizde sigara başlama yaşının 13-17 arasında değiştiği belirtilmiştir (15). Erkeklerde ve gelişmiş ülkelerde sigara içme sıklığı giderek azalmaktadır. Fakat kadınlarda ve gelişmekte olan ülkelerde ise giderek artmaktadır (11). Kadınların sosyal statülerinin yükselmesi, nüfus artışlarının yüksek olması ve sigara bağımlılığı ile mücadele

yöntemlerinin eksik olması bu tütün probleminin tüm hızıyla devam etmesine yol açacaktır. Öte yandan gelişmiş ülkelerde uygulanan sigara ile ilgili çeşitli kısıtlamalarla yüzleşen büyük sigara şirketleri yeni pazar arayışı için üçüncü dünya ülkelerine yönelmeleri, bu ülkelerin tütünle mücadelesini zorlaştırmaktadır (15).

2.1.3. Sigaranın İçeriği

Sigara dumanı nitrozaminler, amonyak, hidrojen siyanid, aromatik hidrokarbonlar, karbonmonoksit ve nikotin gibi 4000'den fazla madde içermektedir (16). Bu maddelerin 80'den fazlasının kanserojen olduğu bilinmektedir. Sigara dumanı oksidatif hasarı başlatan veya gelişmesini arttıran birçok oksidan ve serbest radikalleri de içerisinde barındırmaktadır (17).

Sigara dumanı gaz veya partikül fazında bulunabilir. Tütün içerisinde doğal olarak bulunan maddelerden biri olan nikotin, partikül fazında bulunan ve bağımlılığa yol açan bir maddedir. Sigara yapımında kullanılan tütünde %0,5-8 oranında nikotin bulunur. Nikotin ayrıca bir psikomotor stimülandır. Sigaranın içerdiği diğer kanserojen maddeler: Katran, benzen, formaldehit, kadmiyum, arsenik, kadmiyum, krom, polonyum-210, nitrozaminler, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, akrolein, nikel, asetaldehit, hidrazin, kurşun, kobalt ve berilyumdur. Sigara bunlarla birlikte kurşun-210 ve polonyum-210 gibi alfa yayınlayıcısı radyoaktif ürünler de barındırmaktadır. Bu radyoaktif izotoplar duman yolu ile akciğerde birikmekte ve oradan kan ve diğer organlara ulaşmaktadır (16).

2.1.4. Nikotinin Farmakolojik Özelliği

Bilindiği gibi tütün bağımlılığının temel sorumlusu nikotindir (18). Suda iyi çözünen, renksiz, suda iyi çözünen alkoloid bir maddedir. Nikotin, kimyasal olarak bir piridin halkası ile N-metil pirolidin halkasının birleşmesinden oluşan tersiyer amindir (19).

Nikotin solunum yolları mukozası ve alveollerden hızlıca absorbe edilir. Bu absorpsiyon intravenöz uygulamaya benzer bir hıza sahiptir. Absorpsiyon hızı pH'dan da etkilenir. Nikotinin absorbe edilme oranı nefes tutma süresine ve inhalasyon

derinliğine göre değişir. Nikotin absorbe edildikten sonra hızla santral sistemi dahil farklı dokulara yayılır (18, 20, 21).

Nikotin nöromusküler bileşke, otonomik gangliyonlar, adrenal medulla ve beyinde yer alan asetilkolin reseptörlerine bağlanır. Lokus sereleusu uyararak dikkat ve konsantrasyonu artırır. Nörohumoral yolları uyararak asetilkolin, noradrenalin, serotonin, dopamin, vazopressin, endorfin, büyüme hormonu ve ACTH salgısına neden olur. Nikotin akut etkisi ile serotonin seviyesini artırır, fakat kronik kullanımda serotonin seviyesi düşmektedir. Görüntüleme teknikleri ile intravenöz nikotin verilmesi ile amigdala, nükleus akkumbens ve frontal lobda, nikotin dozuyla korele, aktivite artışı olduğu gözlenmiştir (19).

2.1.5. Nikotin Bağımlılığı

Kronik tütün tüketimiyle birlikte kötüye kullanım öyküsü olan, olumsuz etkilerini fark etmesine rağmen maddeyi kullanmaya devam eden, maddeye karşı yüksek seviyede tolerans geliştirmiş ve kullanmaya son vermeye kalkıştığında ise yoksunluk semptomları gelişen kişiler nikotin bağımlısı sayılmaktadır (22).

Nikotin bağımlılığı dünya sağlık örgütü tarafından kronik bir hastalık olarak kabul edilmiş ve nikotinin mental ve davranışsal bozukluklara yol açan psikoaktif bir madde olduğu belirtilmiştir (4, 23).

DSM-IV'te madde ile ilişkili bozukluklar başlığı ile anlatılan konular DSM-V'te madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları adı altında toplanmıştır. Madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı "madde kullanım bozuklukları" adı altında birleştirilmiştir (24). DSM-V Tanı Kriterlerinde Tütün Kullanım Bozukluğu, Tütün Yoksunluğu, Tütünün Yol Açtığı Diğer Bozukluklar ve Tanımlanmamış Tütünle İlişkili Bozukluklardan bahsedilmiştir. Buna göre Tütün Kullanım Bozukluğu on iki aylık süre içerisinde aşağıdakilerden en az ikisi ile ortaya çıkan, klinik açıdan bariz sıkıntıya sokan ve işlevsellikte azalmaya neden olan sorunlu bir tütün kullanım örüntüsüdür (25):

- 1) Çoğu kez planlanandan daha fazla ya da daha uzun süreli tütün alınır.
- 2) Tütün elde etmek, tütün kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için fazla zaman harcanır.

3) Tütün kullanmayı bırakmak ya da kontrol altında tutmak için sürekli bir istek veya sonuç vermeyen çabalar vardır.

4) İşte, evde ya da okulda yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan tekrarlayıcı tütün kullanımı vardır.

5) Tütün kullanmaya karşı çok büyük isteğin olması, kendini zorlanmış hissetme

6) Tütün kullanmanın neden olduğu toplumsal ya da kişisel sorunlar olmasına rağmen tütün kullanmayı sürdürme

7) Tütün kullanımından dolayı toplumsal veya işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme faaliyetlerinin bırakılması ya da azaltılması

8) Tehlikeli durumlarda dahi tütün kullanma (Örneğin yatakta sigara içme)

9) Tütünün neden olduğu ya da alevlendirdiği bedensel veya ruhsal bir problemi olduğunu bilmesine rağmen tütün kullanımına devam etme

10) Aşağıdakilerden birinin varlığı üzerine tolerans gelişmesi

a) Aynı ölçüde tütün kullanıma rağmen daha az etki alınması

b) İstenen etkiyi sağlamak için belirgin bir şekilde tütün kullanımının artırılması

11) Aşağıdakilerden birinin varlığı üzerine yoksunluk gelişmiş olması

a) Tütün yoksunluk sendromunun belirtilerinin varlığı

b) Yoksunluktan kurtulmak için tütün alınması

Klinik uygulamalarda sigara bağımlılığının şiddeti Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ile belirlenmektedir. FNBT Tablo 1'de gösterilmiştir. Bu test aslında Fagerstrom Tolerans Testi'nin revize edilmiş halidir. 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları revize etmişlerdir. FNBT'nin Fagerstrom Tolerans Testi'ne göre daha kolay yanıtlanabilir olduğu ve iç tutarlılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (26).

Türkiye'de 2004 yılında yapılan bir çalışmada FNBT'nin güvenilirliğinin orta düzeyde olduğu bulunmuş ve Türkiye'de kliniklerde uygulanabileceği kanısına varılmıştır. Bu testin genel mantığına bakıldığında; kişinin sigara içmeden durabildiği süreye ve içtiği sigara miktarına bakıldığı görülmektedir (27).

Nikotin ve metaboliti kotinin seviyesi, plazma tiyosiyonat seviyesi, kanda ve soluk havasında karbonmonoksit (CO) seviyesi ölçümü kullanılan biyokimyasal parametrelerdendir (28).

Nikotin arteriyel dolaşımından emildikten sonra Merkezi Sinir Sistemi (MSS)'ne 15 saniyede ulaşmaktadır. Nikotinin bağımlılık yapıcı etkileri MSS üzerine yaptığı etkilerden dolayı ortaya çıkar (29, 30).

Tablo 1. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

1) İlk sigaranızı uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?	
a) İlk 5 dakika içinde	3 puan
b) 6-30 dakika içinde	2 puan
c) 31-60 dakika	1 puan
d) 1 saatten fazla	0 puan
2) Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?	
a) 10 adet veya daha az	0 puan
b) 11-20	1 puan
c) 21-30	2 puan
d) 31 veya daha fazla	3 puan
3) Sabah uyanmayı izleyen saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha çok mu sigara içersiniz?	
a) Evet	1 puan
b) Hayır	0 puan
4) Sigara içmenin yasaklandığı; otobüs, sinema, hastane gibi mekanlarda bu yasağa uymakta zorluk çekiyor musunuz?	
a) Evet	0 puan
b) Hayır	1 puan
5) Vazgeçemeyeceğiniz, diğer bir deyişle içmeden duramayacağınız sigara hangisidir?	
a) Sabah ilk sigara	1 puan
b) Diğerleri	0 puan
6) Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?	
a) Evet	1 puan
b) Hayır	0 puan

Toplam skor: 0-2: Çok az bağımlılık, 3-4: Az bağımlılık, 5: Orta derecede bağımlılık, 6-7: Yüksek bağımlılık, 8-10: Çok yüksek bağımlılık

Orta beyindeki mezolimbik dopaminerjik sistemi aktive etmesinin bağımlılık ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ödül mekanizmaları içinde yer alan bu merkez, beynin haz merkezini aktive eder. Ödüllendirme etkileri sigara için olumlu pekiştirme sağlamakta, ayrıca sigarayı kestikten sonra başlayan yoksunluk semptomlarından da burası sorumlu tutulmaktadır (31-33).

Nikotin MSS'de asetilkolin salınmasını arttırarak bellek ve işlevsel performansı etkiler. Lokus sereleus'taki norepinefrin düzeylerinde yaptığı değişikliklerle de seçici dikkat ve konsantrasyonu etkilemektedir (34).

Nikotin kullanmanın farmakolojik nedenleri işlevsellik ve duygu durumu üzerine yaptığı olumlu etkilerdir. Keyif verme, gevşemeyi sağlama, uyanıklığı arttırma ve açlık duygusunun azalması sigaranın pekiştirici etkilerindedir (32, 35, 36).

Sigara bağımlılığının farmakolojik nedenlerinin yanında sosyal etkiler, öğrenilmiş davranışlar ve kişilik yapısı ile de ilişkisi vardır (37).

2.1.6.Sigaranın Sağlığa Etkisi

Hava kirliliğine sebep olan maddeler içinde en yüksek hastalık prevalansına neden olan tütün kullanımınıdır. Sigara dumanı içinde bazıları farmakolojik olarak aktif, sitotoksik, antijenik, karsinojenik ve mutajenik olan 4000'den fazla madde bulunmaktadır. Tütün dumanında bulunan ve potansiyel olarak zararlı olduğu bilinen bazı kimyasallar ve sebep olduğu hastalıklar;

- Nikotin - Tümör promosyonu, depresyon
- CO - Oksijen taşınmasının ve kullanımının bozulması
- Katran, polisiklikhidrokarbonlar, benzopiren - Karsinogenez
- Nitrozamin - Karsinogenez
- Formaldehit, azot oksitlerin - Siliyalara iritan ve toksik etki

Sigara dumanındaki ajanlar, trakeobronşyal mukozayı irrite ederek inflamasyon ve mukus üretim artışını meydana getirmektedir. Sigara dumanındaki oksidanlar ve serbest radikaller, elastaz inhibitörlerini inhibe ederek toksik etki yapar ve durumun daha çok kötüleşmesine neden olur. Bu sebeple sigara kullanımı

akciğerlerde aktif antielastaz miktarını azaltır ve böylece elastaz-antielastaz oranı kötüleşmiş olur.

Sigara alt solunum yollarında patofizyolojik değişikliklere neden olur. Bunlar peribronşiyal inflamasyon ve fibrozis, vasküler intimal kalınlaşma, alveoler harabiyet, epitel yapı ve fonksiyonunda değişikliklerdir. Fonksiyonel bozukluklar ise patojen mikroorganizmaların mukozaya tutunmasında artış, inhale edilen maddelerin klirensinde bozulmadır. Ayrıca anormal vasküler ve epitelyal permeabilite artışına da yol açar (38). Tütün kullanmak kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) için bir numaralı risk faktörüdür. Sigara ve KOAH arasında direk doz yanıt ilişkisi bulunmaktadır. En az 2 yıl ardışık 3 ay süreyle balgam çıkarma, öksürük ve dispne gibi semptomlar veren kronik bronşit ile terminal bronşiyollerin distal kısımların genişlemesi ve alveol duvarında fibrozis olmadan hasarlanması manasına gelen amfizemin beraber bulunması KOAH olarak adlandırılır ve tüm dünyadaki morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerindedir. Akciğerde oluşan hasar başlangıçta skuamöz metaplazi şeklindedir. Sigara içmeye devam edilecek olursa karsinoma in situya dönüşebilmektedir. Sigara içenlerde akciğer kanseri gelişme riski, içmeyenlere kıyasla 20 kat daha fazladır. Erkeklerde görülen akciğer kanserlerinin %90, kadınlarda ise %80'inden sigara sorumludur (39). Sigara bağlı zararlar ortalama 20 yıl sonra çıktığından, çoğu hastalık 35 yaşından sonra görülmektedir (40).

Özefagus yassı hücreli tümörlerinin sebeplerinden birisi de sigaradır. Tütün içen kişilerde pankreas kanseri riski ve peptik ülser riski iki kat artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde son yirmi yıldır Hepatosellüler Karsinom (HCC) tanısı almış hastaların %60'ından fazlasında viral hepatit görülmesi nedeniyle etyolojide rol oynayacak başka faktörler araştırılmıştır. Yapılan araştırmalar sonucunda ise Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (International Agency for Research) sigaranın HCC için risk faktörü olduğunu yakın zamanda resmi olarak açıklamıştır (41).

Sigara kırık ve yara iyileşmelerini geciktirir (42). Sigara içenlerin tahmini yaşam süreleri, içmeyenlere göre 20-25 yıl daha kısadır (43). 35 yaş üstü erkeklerde daha çok görülen Buerger hastalığına (tromboanjitis obliterans) sigara neden olmaktadır. Atravmatik osteonekrozun sebeplerinden birisinin de sigara olduğu düşünülmektedir (44).

Son yayınlar sigaranın kadınlarda daha zararlı olabileceği ihtimali üzerinde durmaktadır. Sigara içen kadınlar ile içmeyenler kıyaslandığında sigara içen kadınlarda adet düzensizliği, amenore, dismenore ve erken erken menepoz daha fazla görülmektedir. Menepozda sigara içen kadınlarda kemik yoğunluğu hiç içmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur, kalça kırığı riski ise daha fazladır (42). Erkeklerde ise sperm sayısı ve hareketinin azalması, sperm şekil bozuklukları, ejakulat hacim azalmasının yanında empotans gibi cinsel işlev bozuklukları görülebilmektedir.

Koroner arter hastalığı (KAH) sebebiyle ölüm riski, günde içilen sigara sayısı, inhalasyon derinliği, içilen yıl sayısı ve sigaraya başlama sayısı ile ilişkilidir. Sigaranın damarsal yapılarda kısa dönem etkisi karboksihemoglobin veya tromboz vesilesiyle olmaktadır, uzun süreli etkisi plak gelişimi ve endotel hasarı ile oluşmaktadır. Sigara ayrıca KAH'a sebep olabilecek diyabet ve hiperkolesterolemi gibi başka risk faktörlerini de etkilemektedir (45).

Sigara sebep olduğu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların etkisini de azaltmaktadır. Sigara dumanındaki bazı maddeler karaciğer enzim sistemlerini aktifleyerek ilaç metabolizmalarını da olumsuz etkiler. Örneğin, KOAH'da oldukça yaygın kullanılan teofilinin yarı ömrü sigara içenlerde %50 azalmaktadır. Steroidler, antikoagülanlar, antiaritmikler, insülin gibi ilaçların metabolizmaları da etkilenmekte, kronik hastalıkların tedavileri sigara yüzünden zorlaşmaktadır (46).

Sigarayı bıraktıktan sonraki 5-20 yıl içerisinde KOAH gelişme riski %50, 15-20 yıl sonra akciğer kanseri gelişme riski ise %50-90 oranında azalmaktadır. Farinks kanseri riski de hızla normale düşmektedir (3).

2.1.7.Tütün Kontrolü ve İlgili Programlar

Tütün kontrolü, toplumda tütün kullanmayı azaltmayı, mümkünse yok etmeyi hedefler. Tütün kullanmayanların ise pasif sigara dumanından zarar görmesini engellemek ve tütüne başlamalarını önlemek; özetle tütün sebebiyle meydana gelebilecek hasarlara karşı toplum sağlığını muhafaza etmek maksadıyla geliştirilmiş tüm stratejileri içerir. Tütün kullanımının açabileceği zararlarla ilgili bir bildiriye, DSÖ 1970 yılında yayınlamıştır. Sigara endüstrisinin satış stratejileri genç erişkinlerin sosyal faaliyetlerine odaklanmış durumda olup, sigara kullanımını onların sosyal aktivitelerinin bir parçası haline getirme çabasında dırlar (47).

Tütün ekimi, nikotin ve katran içerikleri, sigara üretimi, tütün kaçakçılığının önlenmesi, tütün ürünlerinin fiyatlandırılması, çocuklara sigara satışının yasaklanması, pasif sigara içiciliğinin engellenmesi, sigara reklamı ve sponsorlukları gibi konuları içeren "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi", Dünya Sağlık Örgütü'nün tütün kontrolü hakkında yapmış olduğu en önemli işlemdir. Bu sözleşme 2001 yılında hazırlanmaya başlanmıştır. 2003 yılındaki genel kurulda oy birliği sağlanarak kabul edilmiştir. 168 ülke bakanının imzalamış olduğu bu sözleşme şu konulardan bahsetmektedir:

- Tütün firmalarının reklam ve sponsorluklarının yasaklanması
- Sigara paketlerinde uyarı yazısıyla birlikte kullanıcının dikkatini çekecek resimler konulması ve bu resimlerin paketin en az %30'unu kapsayacak şekilde olması
- Sigaradan alınan vergilerin arttırılması ve sigara fiyatlarının yükseltilmesi
- Tütün kaçakçılığının engellenmesi
- Çevresel sigara dumanından etkilenmenin önlenmesi

Kapsamlı tütün kontrol programını uygulayan ülkelerde tütün tüketimi hızla azalmıştır. Bunun sonucunda kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları, kanserler, solunum sistemi hastalıkları ve düşük doğum ağırlığı görülme oranlarında azalma olduğu görülmüştür (48).

Türkiye'de 1924 yılında kurulmuş olan Tekel sebebiyle senelerce tütün kontrolü konusunda herhangi bir çaba gösterilmesine gerek duyulmamıştır. Sigara ile ilgili nerdeyse hiç tanıtım yapılmazken 1984'te yabancı sigaraların ithalinin serbestleşmesiyle, bu sigaraların tanıtımı ve cazibesi ile gençlerin sigara kullanımı artmıştır. Tütün kontrolü konulu ilk bilimsel toplantı Ankara'da 1992 yılında "Sigara ile Mücadele I. Ulusal Kongresi" adı ile yapılmıştır. TBMM'de 7 Kasım 1996'da, 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" kabul edilmiştir. 26 Kasım 1996 gününde ise yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Yasadaki başlıca maddeler 18 yaşından küçüklere sigara satışının yasaklanması, her türlü reklam ve tanıtımına yasak konulması, sigara paketlerinin üstüne "sağlığa zararlı" olduğunu belli eden yazıların konulması, toplu olarak bulunan mekanlarda, toplu taşıma araçlarında, eğitim, sağlık ve spor tesislerinde sigara kullanımının kısıtlanması şeklindedir.

DSÖ tarafından hazırlanan "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi" 25 Kasım 2004 tarihinde TBMM tarafından onaylanmıştır. 2002 yılında 4733 sayılı yasa ile kurulan Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasa Düzenleme Kurulu (TAPDK) tarafından bazı bildirimler ve yönetmelikler yayınlanmış, 4207 sayılı yasanın uygulanması ile ilgili aksaklıklar böylece giderilmeye çalışılmıştır (49). Tütün kontrolü ile ilgili başlıca dönüm noktaları Tablo 2'de belirtilmiştir (3, 50, 51).

Tablo 2. Sigara ile mücadelede dönüm noktaları

1991	Sigara paketlerine uyarı yazısı eklenmesi ("Sigara Sağlığa Zararlıdır")
1995	Sigara ve Ulusal Sağlık Komitesi'nin kuruluşu
1996	4207 sayılı kanunun onayı; Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesi ile ilgili yasa
2002	TAPDK: bazı yönetmelik ve bildirimler yayınlanmış, 4207 sayılı yasanın icraatı ile ilgili aksaklıklar giderilmeye çalışılmıştır.
2004	Çerçeve sözleşmesinin kabulü
2006	Ulusal Tütün Kontrol Programı'nın yayınlanması; temel hedef 2010 yılına kadar 15 yaş üzerinde sigara içmeyenlerin oranını %80'in üstüne ulaştırmak, 15 yaş altında ise %100'e yaklaştırmak
2007	Ulusal Tütün Kontrol Komitesi'nin oluşturması
2008	4207 sayılı yasanın güçlendirilmesi; tamamen sigarasız ortama ilişkin yasa Reklam, tanıtım, sponsorluk: 1 Mayıs 2008'den itibaren televizyonlarda sigara ambleminin kullanılması yasaklandı
2008	2008-2012 Ulusal Tütün Kontrol Eylem Planı'nın bildirilmesi
2009	Restoran, kahvehane ve barlarda uygulamanın 1 Temmuz 2009'da başlaması (kapalı alanlarda sigara içme yasağı)
2011	DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
2014	Tütüne uygulanan vergilerin artırılması
2015	Dumansız Hava Sahası

Tütün kontrol faaliyetlerinin amacı tütün ürünlerine gösterilen talebi azaltmaktır. Talebin azalması tütün ürünleri için yapılan harcamaların diğer mal ve

hizmetlere kaymasını sağlayacaktır. Tütün endüstrisi zarar görse bile diğer endüstriler faydalanacak, çalışma alanları buralara kayacaktır (3).

Dünyada birçok yönetim tütün kontrolünün ekonomik çöküş yapacağını endişesi ile harekete geçmekte tereddüt etmiştir. Tütün talebinde düşme olması ile birlikte kaçakçılıkta kitlesel artışa neden olunacağı, kitlesel iş kayıpları yaşanacağı, tütünden elde edilen vergilerin azalacağı gibi görüşler sürekli gündemi meşgul etmiştir. Ülkemizde tütün üretimi ile ilgili işler bulunduğu gibi, Mısır, Filipinler, Bangladeş ve Tayland'da da bulunmaktadır ve bu ülkelerde imalat ile alakalı işlerin %2,5-5'ini tütün oluşturmaktadır (3).

İnsanların sigaraya para harcamayı bırakmaları halinde, bu parayı başka ürünlere sarf edecekleri ve böylece muhtemel iş kaybını telafi edecek farklı iş kaynakları oluşacağı gerçeği yadırganmamalıdır. Güçlü ticaret ve tarım politikalarını desteklemek, ürün çeşitlendirmede yardımcı olmak, geniş çaplı kırsal gelişim politikaları hazırlamak ve kırsal eğitim sistemleri oluşturmak gibi farklı girişimler uygun mücadele planlarındandır (3, 48). Tütün kontrolündeki gaye zaten insan sağlığına fayda sağlamaktır.

Tütünle mücadelede bütün yükü yalnız sağlık sektörü üstlenmemeli, diğer sektörler de iş birliği içerisinde olmalıdırlar. Ulusal ve uluslararası birçok sektörün beraber çalışması elzemdir. Kontrol programı için önerilen 10 basamak vardır:

1. Çocukların ve ergenlerin tütün bağımlılığına yakalanmasının engellenmesi; Sigara fiyatları ergenlerin sigara içiciliğini etkileyen en önemli unsurlardan birisidir. Sigara fiyatlarının vergiler yoluyla arttırılmasının sağlığa büyük orandan katkı sağlayacağı bildirilmektedir.
2. Tütün kullanımı ile ilgili cesaret kırıcı mali politikalar geliştirmek; vergilendirme sistemini düzenlemek
3. Vergilerden hasıl olan paraların bir miktarını sağlığı geliştirmeye ve tütün kullanımını engellemeye yönelik etkinliklere harcamak
4. Davranışsal, sosyoekonomik ve diğer cesaretlendirici tütün kullanmaya teşvik edici faktörlerin kaldırılması
5. Çevresel sigara dumanına maruziyetin engellenmesi
6. Tütün ürünlerinin kontrolü: etkileyici sağlık uyarılarının paketlere konması, reklamların tamamen kaldırılması; tütün ürünlerinin ve dumanının toksik

içeriklerinin belirlenmesi ve kısıtlandırılması, ayrıca paketler üzerinde zorunlu olarak belirtilmesi

7. Tütün üretimi ve fabrikasyonuna alternatif ürünlerin desteklenmesi ve promosyonu
8. Direkt ve indirekt promosyon, reklam ve sponsorlukların yasaklanması
9. Tütünle ilgili meselelerin aktif yönetimi, izlem ve değerlendirmesi
10. Tütün mücadelesi ile yalnız sağlık sektörünün ilgilenmememesi, multi-sektöriyel olarak değerlendirilmesi (3, 52, 53).

ABD'de 2000 yılında yayınlanan "Surgeon General" raporunda okullardaki sağlık ve tütün kullanımını veya başlanmasını önleyici programın aşağıdaki konuları içermesi önerilmektedir:

1. Tütün kullanımı ile mücadele için tüm okullarda bir politika geliştirilmelidir. Okul sınırları içerisinde öğretmen ve diğer görevlilerin yanında ziyaretçilerin de sigara içmesi yasaklanmalıdır.
2. Tüm okullarda 6-12. sınıfları kapsayacak şekilde tütün kullanımını engellemeye yönelik eğitim programı oluşturulmalıdır.
3. Bu eğitim programı göz önünde bulundurularak; öğrencilere sigara içmenin nedenleri, zararları ve sonuçları anlatılmalıdır. Sigara içmemeleri için öğrencilere davranışsal beceriler kazandırılmalıdır.
4. Müfredata tütün kullanılmasını engelleyici eğitim programları konulmalı ve bu programların uygulanabilirliği kontrol edilmelidir (3).

Sigara bağımlılığının kontrolü ve toplumu tütünün zararlı etkilerinden korumak için yapılması gerekenler aslında belirlidir. Gelişmiş ülkelerde denenmiş ve başarılı olmuş stratejileri topluma göre düzenlenip uygulanabilir. Tütün kontrol çalışmaları öncelikle gençlere yönelik olmalıdır. Hastalığı tedavi etmekten çok, insanların hasta olmaması için çalışmak öncelikli hedef olmalıdır. Sigaraya hiç başlamamış, dumanından ve kokusundan rahatsız olanların çeşitli yönlendirmeler ve psikolojik baskılarla bağımlı haline getirilme sürecinin kırılmasına ve engellenmesine katkıda bulunmak toplumsal sorumluluk taşıyan herkesin görevidir. Malesef sigara ve gençlik birbirine çok yakın iki kelime haline gelmiştir. Sağlıkçılar ve toplumsal sorumluluk taşıyan bireyler, en az sigara üretip pazarlayan firmalar

kadar bu iki kavram arasındaki yakınlığın farkına varmalı ve ona göre stratejiler belirlemelidir (54, 55).

2.1.8. Sigara Bıraktırma Polikliniklerinde Hastaya Yaklaşım

Sigara bıraktırma poliklinikleri sigarayı bırakmak isteyen kişilere yoğun bir tedavi programının uygulandığı uzmanlaşmış polikliniklerdir.

Kişinin kendi çabası ile sigarayı bırakma oranı % 3-5 iken poliklinik yardımı ile bu oran % 40'lara yükselmektedir. İngiliz kılavuzunda sigara bırakma tedavilerinin maliyet-etkinlik oranının yüksek olduğu söylenmektedir (56). Ayrıca DSÖ Avrupa ofisinin kanıta dayalı önerilerinde birinci basamak tütün tedavisinin yüksek orandaki maliyet-etkinliğini vurgulayarak hem kamu hem de özel sigortalarca ödenmesini önermektedir. Türkiye'de birinci basamakta sigara bırakma girişimlerinin yetersiz olduğu gözlenmektedir. Neyse ki son yirmi yılda özelleşmiş sigara poliklinikleri açılmıştır (3).

Bu polikliniklerde yapılan ilk görüşmede doktor hastanın genel sağlık durumunu değerlendirdikten sonra sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgi verir ve gerektiğinde uygun gördüğü farmakolojik tedavi hakkında hastayı aydınlatır. Sigara konusunda yetişmiş hekim davranış eğitimi ya da psikososyal yardım açısından hastalara yardımcı olur. Onlara broşür, kitap gibi dökümanlar da sağlayabilir (57).

Sigara bırakma programının dört veya daha fazla görüşme içermesi ve bu görüşmelerin her birisinin 10 dakikadan fazla olması önerilmektedir. Hastalar sigarayı bıraktığı günden itibaren 15 gün sonra en az bir kez görülmeli; takip eden 3 ay boyunca ayda bir kez, daha sonra ise 3 ayda bir kez görüşmelerle bir yıllık izlem tamamlanmalıdır. Görüşmeler bireysel yapılabileceği gibi grup görüşmeleri şeklinde de yapılabilir. Ayrıca telefon görüşmeleri de etkili bir uygulamadır. Telefon görüşmeleri poliklinik kontrol tarihleri arasında veya hastalar kontrole gelmediği zamanlarda, hekimin uygun gördüğü tarihlerde ve sıklıkta yapılabilir (4).

2.2. Depresyon

2.2.1. Depresyon tanımı ve tanısı

Depresyon ve benzeri ruhsal hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılmasına ait uğraşlar Hipokrat (MÖ 460 - MÖ 370) zamanına kadar dayanır. Hipokrat melankoli olarak tariflemiş ve Aristo da kitabında depresyondan melankoli olarak bahsetmiştir (58). Milattan sonra tedavide diyet, lavman, kusturma, flebotomi, güneşlenme, enerjik masaj, ısıtma ve alkali kaynak suları gibi tedavi yöntemleri kullanılmıştır (59).

Depresyon derin üzüntülü bir duygu durum içerisinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, isteksizlik, güçsüzlük, değersizlik, küçüklük, karamsarlık ile işlevlerde yavaşlama gibi belirtiler gösteren bir sendromdur (60). Dünyada en fazla kabul gören sınıflandırma sistemi, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan 2013 yılında yayınlanmış olan DSM-V'e göre depresyon, duygudurum bozukluklarından birisidir.

Major depresif bozukluğun DSM-V tanı kriterleri:

A. Major depresyon diyebilmek için aşağıdaki bulgulardan en az 5 tanesi, en az iki haftadır, her gün olmalı ve gün boyu devam etmelidir. Bu maddelerden en az bir tanesi 1. veya 2. maddede belirtilen bulgulardan olmalıdır.

1. Hastanın kendi ifadesi ile belirlenen ya da dışardan gözlenmiş olan, hemen her gün gün boyu süren zevk alamama ve ilgi kaybı
2. Hastanın kendi ifadesi ile belirlenen ya da dışardan gözlenmiş olan, hemen her gün gün boyu süren çökkünlük, depresif duygudurum
3. Hemen her gün aşırı uyuma ya da uykusuzluk
4. Kilo kaybetme ya da alma
5. Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
6. Hemen her gün bitkinlik-yorgunluk ya da enerji kaybı
7. Hemen her gün uygunsuz suçluluk duygularının olması ya da değersizlik
8. Hemen her gün düşüncelerini belli bir konu üzerine yoğunlaştırmada zorlanma veya karar verememe
9. Yineleyen ölüm veya intihar düşünceleri ya da girişimde bulunma

B. Bu belirtilerin klinik açıdan bir sıkıntıya neden olması ya da toplumsal, mesleki ve önemli alanlarda işlevsellikte bozulmaya yol açması

C. Bu belirtilerin genel tıbbi bir duruma ve madde kullanımına bağı olmaması.

Not: A ve C ölçütleri bir major depresif atak hakkındadır.

D. Major depresyon döneminin ortaya çıkışı şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk ve diğer bozukluklarla açıklanamaz.

E. Hiç bir zaman mani veya hipomanik dönemin geçirilmemiş olması

2.2.2. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon en sık görülen duygudurum bozukluklarından. Major depresif bozukluğun yaşam boyu prevalansı % 5-17; erkeklerde % 5-12, kadınlarda % 10-25'dir. Kabaca toplumda her 10 kişiden birinde görülmekte olup, her 8-10 erkekten ve her dört kadından birisi hayatı boyunca en az bir kez depresif epizod geçirmektedir. Kadınlarda depresyon 2 kat daha fazla görülmektedir. Her ne kadar araştırılan bir konu olsa da, bu cinsiyet farkının nedeni bilinmemektedir. Depresyonun ilk görüldüğü yaş olarak öne sürülen yaş, erken erişkinlik dönemi olarak bilinen 20'li yaşların sonlarıdır. Doğan ve ark.'ın çalışmasında ülkemizdeki depresyon yaygınlığı (% 8-20) diğer ülkelerin oranlarına yakın bulunmuştur (61). Hiç evlenmemişlerde depresyon oranlarının evlenmiş olanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Epidemiyolojik çalışmalar, artmış depresyon oranlarıyla işsizlik ve düşük sosyoekonomik durum arasında ilişki olduğunu göstermektedir (62).

2.2.3. Depresyonun etyolojisi

Major depresyonun etyopatogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte çeşitli faktörlerin etkili olabileceği öne sürülmüştür. Bunlar genel olarak 3 başlık altında toplanmıştır:

1. Genetik faktörler: Özellikle monozigot ikizlerde depresyona daha sık rastlanması; aile prevalansının popülasyon prevalansından yüksek bulunması genetik geçişin kanıtlarındandır (63, 64).

2. Biyolojik faktörler: Biyojenik aminlerden norepinefrin ve serotoninin patofizyolojide rollerinin olduğu düşünülmektedir (59, 65).

3. Psikososyal faktörler: Depresyona yatkın kişilerde geçmişlerinden başlayarak, kendilerinde, geleceğe ve dünyaya bakışlarında olumsuz kavramlar vardır. Bu olumsuz kavramlar, olumsuz düşüncelere, tutum ve yargılara yol açar. Kişi her olayda önce olumsuz tarafları algılar ve düşünür (66).

2.2.4. Depresyonun Kliniği

- Hiçbir şeyden zevk alamama (anhedoni)
- Depresif duygudurum
- Düşüncelerde, konuşmada ve davranışta yavaşlama
- Uyku bozukluğu (özellikle insomnia)
- İştahta değişme (özellikle kilo kaybı)
- Enerji kaybı, bitkinlik, yorgunluk, letarji
- Somatik semptomlar
- Ajitasyon
- Cinsel etkinliğin ve ilginin azalması
- Kendini küçük görme, kendi kendini kınama, değersizlik, utanç veya suçluluk duyguları
- Düşüncede yavaşlama ya da 'düşüncelerin karmakarışık olması' gibi yakınmalarla belirli düşünme ya da düşüncelerini belirli konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma
- Anksiyete
- Karamsarlık ve umutsuluk
- Çaresizlik duyguları
- Ölüm düşünceleri veya intihar çabaları (67).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Düzce Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniğine Mart 2015-Kasım 2016 tarihleri arasında başvuran 2119 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya sigara bırakma polikliniğinin açıldığı tarihten itibaren hastalar toplanmıştır. Bu retrospektif klinik çalışma için Düzce Üniversitesi Etik Kurulundan onay alınmıştır. Tarafımızca hazırlanan hasta takip formu ile değerlendirilen hastalar çalışmaya alınmıştır.

Hasta takip formundaki sorular her gelen hastaya sorulmakta olup, bu çalışmamızda sosyodemografik özellikler kullanılmıştır. Sosyodemografik özelliklerden yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, alkol kullanımı, medeni durum ve ailede sigara içme öyküsüne bakılmıştır.

Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalara Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi yapılmakta olup bu çalışmamızda kullanıldı. 6 sorudan oluşan bu testten 0-2 puan alanlar 'çok düşük düzey', 3-4 puan alanlar 'düşük düzey', 5 puan alanlar 'orta düzey', 6-7 puan alanlar 'yüksek düzey', 8-10 puan alanlar 'çok yüksek düzey' nikotin bağımlısı olarak kabul edildi.

Sigara bırakma polikliniğimizde hastaları değerlendirmek amacıyla uyguladığımız bir diğer test ise Beck Depresyon Ölçeğidir. Bu çalışmamızda hastaların Beck Depresyon Düzeylerine de bakılmıştır. Beck depresyon ölçeğinde 21 soru bulunmaktadır. Toplam değer 9 ve daha az ise "depresyon yok/minimal depresyon", 10-16 ise "hafif", 17-29 ise "orta", 30 ve yukarısı "şiddetli depresyon" olarak değerlendirilmiştir (68).

Verilerin bilgisayar ortamına aktarılmasını takiben istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir. Çalışmadaki verilerin tanımlayıcı istatistikleri hesaplandı. Gruplar arası karşılaştırmada Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri (Post Hoc Dunn test) kullanıldı. Kategorik değişkenler arası ilişkilerde Pearson Chi-square ve Fisher Freeman Halton testleri kullanıldı. İki değişken arası ilişkilerin incelenmesinde Kendall Tau-b katsayısı kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde SPSS 20.0 programı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya Düzce Üniversitesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniğine Mart 2015 - Kasım 2016 tarihleri arasında başvurmuş 2119 kişi alınmıştır. Örneklem grubunun yaş aralığı 15-87 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması $38,4 \pm 12,5$ 'ti. Bir hastanın yaşı kaydedilmemişti. Örneklem grubunun %3'ünün 19 ve aşağı, %27,6'sının 20-30 arası, %30,8'inin 31-40 arası, %19,5'inin 41-50 arası, %13,4'ünün 51-60 arası, %5,7'sinin 61 ve üzeri yaşa sahip olduğu anlaşılmaktadır. Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Yaş grupları dağılımı

	Sayı	Yüzde
Yaş grupları		
<20	63	3,0
20-30	585	27,6
31-40	653	30,8
41-50	413	19,5
51-60	284	13,4
61+	120	5,7
Total	2118	100,0

Örneklem grubunun cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 4'te verilmiştir. Örneklem grubunun 1468 (%69,3)'i erkek, 651 (%30,7)'i kadındı.

Tablo 4. Cinsiyet dağılımı

	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
erkek	1468	69,3
kadın	651	30,7
Toplam	2119	100,0

Çalışmaya katılanların medeni durumlarına baktığımızda 1641 (%77,4) evli, 384 (%18,1) bekar, 94 (%4,4) dul veya boşanmış bulunmaktaydı. Medeni durumlara göre dağılım Tablo 5'da verilmiştir.

Çalışmaya katılanların eğitim düzeyi; 483 (%22,8) üniversite ve üstü, 645 (%30,5) lise mezunu, 267 (%12,6) ortaokul mezunu, 708 (33,5) ilkokul mezunu olup,

12 (%0,06) kişi okur-yazar değildi. Örneklem grubunun eğitim düzeyleri dağılımı Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 5. Medeni durumlara göre dağılım

		Sayı	Yüzde
Medeni durum	evli	1641	77,4
	bekar	384	18,1
	dul, boşanmış	94	4,4
	Toplam	2119	100,0

Tablo 6. Eğitim düzeylerine göre dağılım

		Sayı	Yüzde
Eğitim durumu	okur yazar değil	12	0,06
	ilkokul	708	33,5
	ortaokul	267	12,6
	lise	645	30,5
	üniversite	483	22,8
	Toplam	2115	100,0

Çalışmaya katılan kişilerin meslek gruplarına göre dağılımı şöyleydi; 297 (%14) memur, 735 (%34,7) işçi, 291 (%13,8) serbest, 48 (%2,3) çiftçi, 370 (%17,5) ev hanımı, 129 (%6,1) öğrenci, 196 (%9,3) emekli, 50 (%2,4) çalışmıyor veya düzensiz. Meslek gruplarına göre dağılım Tablo 7'de verilmiştir.

Çalışmaya katılan kişilerin 426 (%20,1)'i alkol kullanmakta, 1693 (%79,9)'ü ise alkol kullanmamaktaydı. Katılımcıların alkol kullanma durumu Tablo 8'da verilmiştir.

Çalışmaya katılan kişilerin yaşadıkları evde başka sigara kullanan olup olmadığının dağılımı Tablo 9'da verilmiştir. 972 (%45,9) kişinin evinde hiç kimse sigara içmez iken, 77 (%3,6) kişinin babası, 30 (%1,4) kişinin annesi, 59 (%2,8) kişinin kardeşi, 469 (%23,4) kişinin eşi, 8 (%0,06) kişinin arkadaşı, 57 (%2,7) kişinin babası ve kardeşi, 22 (%1,0) kişinin annesi ve kardeşi, 32 (%1,5) kişinin annesi ve babası, 22 (%1,0) kişinin anne, baba ve kardeşi, 134 (%6,3) kişinin eşi ve çocuğu sigara kullanmaktaydı.

Örneklem grubunun Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi skor dağılımı Tablo 10'de verilmiştir. FNBT düzeyleri 196 (%9,2) kişinin çok düşük, 475 (22,4) kişinin

düşük, 347 (%16,4) kişinin orta, 663 (%31,3) kişinin yüksek, 438 (%20,7) kişinin çok yüksek çıkmıştır.

Tablo 7. Meslek gruplarına göre dağılım

		Sayı	Yüzde
Meslek	memur	297	14,0
	işçi	735	34,7
	serbest	291	13,8
	çiftçi	48	2,3
	ev hanımı	370	17,5
	öğrenci	129	6,1
	emekli	196	9,3
	çalışmıyor, düzensiz	50	2,4
	Toplam	2116	100,0

Tablo 8. Alkol kullanma durumu

		Sayı	Yüzde
Alkol	kullanıyor	426	20,1
	kullanmıyor	1693	79,9
	Toplam	2119	100,0

Tablo 9. Ailede sigara kullanma durumu

		Sayı	Yüzde
Ailede sigara içme durumu	hiç kimse	972	45,9
	baba	77	3,6
	anne	30	1,4
	kardeş	59	2,8
	eş	496	23,4
	arkadaş	8	,4
	baba+kardeş	57	2,7
	anne+kardeş	22	1,0
	anne+baba	32	1,5
	anne+baba+kardeş	22	1,0
	eş+çocuk	134	6,3
	diğer	210	9,9
	Toplam	2119	100,0

Beck depresyon düzeylerine bakıldığında 689 (%33,7) kişide depresyon olmadığı, 599 (%29,3) kişide hafif, 570 (%27,9) kişide orta, 188 (%9,2) kişide

şiddetli depresyon görüldü. Örneklem grubunun Beck Depresyon Testi düzeylerine göre dağılımı Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 10. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi düzeyleri dağılımı

	Sayı	Yüzde	
FNBT düzey	çok düşük	196	9,2
	düşük	475	22,4
	orta	347	16,4
	yüksek	663	31,3
	çok yüksek	438	20,7
	Toplam	2119	100,0

Tablo 11. Beck Depresyon Testi düzeyleri dağılımı

	Sayı	Yüzde	
Beck Depresyon Testi Düzeyi	yok	689	33,7
	hafif	599	29,3
	orta	570	27,9
	şiddetli	188	9,2
	Toplam	2046	100,0

Yaş gruplarına göre nikotin bağımlılık düzeyleri Tablo 12'de verilmiştir. Yaş gruplarına göre nikotin bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı düzeyde fark vardır ($p=0,002$). "<20" yaş grubundaki nikotin bağımlılık düzeyi düşük olan bireylerin oranı (%34,9), "41-50" ve "51-60" yaş gruplarındaki nikotin bağımlılık düzeyi düşük olan bireylerin oranlarından (% 18,2-%17,3) anlamlı düzeyde daha yüksektir (her biri için $p<0,005$). "41-50" yaş grubunda nikotin bağımlılık düzeyleri çok yüksek olan bireylerin oranı (%25,2) "<20" yaş grubunda nikotin bağımlılık düzeyi yüksek olanların oranından (%7,9) anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$).

Cinsiyetlere göre nikotin bağımlılık düzeyleri Tablo 13'de verilmiştir. Cinsiyetlere göre nikotin bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,06$).

Medeni duruma göre nikotin bağımlılık düzeyleri Tablo 14'te verilmiştir. Medeni durum ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur ($P=0,181$).

Tablo 12. Yaş gruplarına göre nikotin bağımlılık düzeyleri

			Yaş grupları						
			<20	20-30	31-40	41-50	51-60	61+	Total
FNBT	çok düşük	n	8	40	71	42	25	10	196
		Satır %	4,1	20,4	36,2	21,4	12,8	5,1	100,0
		Sütun %	12,7	6,8	10,9	10,2	8,8	8,3	9,3
düşük	n	22	133	160	75	49	35	474	
	Satır %	4,6	28,1	33,8	15,8	10,3	7,4	100,0	
	Sütun %	34,9	22,7	24,5	18,2	17,3	29,2	22,4	
orta	n	14	99	91	69	59	15	347	
	Satır %	4,0	28,5	26,2	19,9	17,0	4,3	100,0	
	Sütun %	22,2	16,9	13,9	16,7	20,8	12,5	16,4	
yüksek	n	14	198	203	123	89	36	663	
	Satır %	2,1	29,9	30,6	18,6	13,4	5,4	100,0	
	Sütun %	22,2	33,8	31,1	29,8	31,3	30,0	31,3	
çok yüksek	n	5	115	128	104	62	24	438	
	Satır %	1,1	26,3	29,2	23,7	14,2	5,5	100,0	
	Sütun %	7,9	19,7	19,6	25,2	21,8	20,0	20,7	
Toplam	n	63	585	653	413	284	120	2118	
	Satır %	3,0	27,6	30,8	19,5	13,4	5,7	100,0	
	Sütun %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tablo 13. Cinsiyetlere göre nikotin bağımlılık düzeyleri

			cinsiyet		
			erkek	kadın	Toplam
FNBT	çok düşük	n	123	73	196
		Satır %	62,8	37,2	100,0
		Sütun %	8,4	11,2	9,2
düşük	n	348	127	475	
	Satır %	73,3	26,7	100,0	
	Sütun %	23,7	19,5	22,4	
orta	n	230	117	347	
	Satır %	66,3	33,7	100,0	
	Sütun %	15,7	18,0	16,4	
yüksek	n	463	200	663	
	Satır %	69,8	30,2	100,0	
	Sütun %	31,5	30,7	31,3	
çok yüksek	n	304	134	438	
	Satır %	69,4	30,6	100,0	
	Sütun %	20,7	20,6	20,7	
Toplam	n	1468	651	2119	
	Satır %	69,3	30,7	100,0	
	Sütun %	100,0	100,0	100,0	

Nikotin bağımlılık düzeylerine göre Beck depresyon testi median değerleri Tablo 19'da verilmiştir. Nikotin bağımlılık düzeyleri çok düşük-orta (P:0,05), çok

düşük-yüksek ($P<0,01$), çok düşük-çok yüksek ($P<0,01$), düşük-yüksek ($P<0,01$), düşük-çok yüksek ($P<0,01$), orta-çok yüksek ($P<0,01$), yüksek-çok yüksek ($P<0,01$) grupları arasında anlamlı farklılık vardır. Nikotin bağımlılık düzeyleri ile Beck depresyon testi değerleri arasında pozitif ilişki olduğu görülmüştür (Kendall'stau-b, $r=0,150$ $p<0,001$).

Tablo 14. Medeni duruma göre nikotin bağımlılık düzeyleri

		medeni			Toplam	
		evli	bekar	dul, boşanmış		
FNBT	çok düşük	n	157	35	4	196
		Satır %	80,1	17,9	2,0	100,0
		Sütun %	9,6	9,1	4,3	9,2
	düşük	n	364	87	24	475
		Satır %	76,6	18,3	5,1	100,0
		Sütun %	22,2	22,7	25,5	22,4
	orta	n	259	77	11	347
		Satır %	74,6	22,2	3,2	100,0
		Sütun %	15,8	20,1	11,7	16,4
	yüksek	n	522	112	29	663
		Satır %	78,7	16,9	4,4	100,0
		Sütun %	31,8	29,2	30,9	31,3
	çok yüksek	n	339	73	26	438
		Satır %	77,4	16,7	5,9	100,0
		Sütun %	20,7	19,0	27,7	20,7
Toplam	n	1641	384	94	2119	
	Satır %	77,4	18,1	4,4	100,0	
	Sütun %	100,0	100,0	100,0	100,0	

Cinsiyetlere göre Beck depresyon düzeyleri Tablo 20'de verilmiştir. Cinsiyetlere göre Beck depresyon düzeylerinde anlamlı farklılık vardır ($P<0,001$). Erkek olup depresyon olmayanların yüzdesi (%37,4), kadın olup depresyon olmayanların yüzdesinden (%25,3) anlamlı düzeyde yüksektir. Kadın olup orta düzey depresyonu olanların yüzdesi (%32,5), erkek olup orta düzey depresyonu olanların yüzdesinden (%25,8) anlamlı düzeyde yüksektir. Kadın olup yüksek düzeyde depresyonu olanların yüzdesi (%15,0), erkek olup yüksek düzeyde depresyonu olanların yüzdesinden (%6,6) anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 15. Eğitim durumlarına göre nikotin bağımlılık düzeyleri

		Eğitim durumu					Toplam	
		okur yazar değil	ilkokul	ortaokul	lise	üniversite		
FNBT	çok düşük	n	3	71	21	63	38	196
		Satır %	1,5	36,2	10,7	32,1	19,4	100,0
		Sütun %	25,0	10,0	7,9	9,8	7,9	9,3
	düşük	n	3	129	69	152	120	473
		Satır %	0,6	27,3	14,6	32,1	25,4	100,0
		Sütun %	25,0	18,2	25,8	23,6	24,8	22,4
	orta	n	2	112	43	95	95	347
		Satır %	0,6	32,3	12,4	27,4	27,4	100,0
		Sütun %	16,7	15,8	16,1	14,7	19,7	16,4
	yüksek	n	3	229	70	212	147	661
		Satır %	0,5	34,6	10,6	32,1	22,2	100,0
		Sütun %	25,0	32,3	26,2	32,9	30,4	31,3
	çok yüksek	n	1	167	64	123	83	438
		Satır %	0,2	38,1	14,6	28,1	18,9	100,0
		Sütun %	8,3	23,6	24,0	19,1	17,2	20,7
Toplam	n	n	12	708	267	645	483	2115
		Satır %	0,6	33,5	12,6	30,5	22,8	100,0
		Sütun %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tablo 16. Meslek gruplarının nikotin bağımlılık düzeyleri

		Meslek grupları								Toplam	
		memur	işçi	serbest	çiftçi	ev hanımı	öğrenci	emekli	çalışmıyor, düzensiz		
FNBT	çok düşük	n	22	75	25	3	43	13	13	2	196
		Satır %	11,2	38,3	12,8	1,5	21,9	6,6	6,6	1,0	100,0
		Sütun %	7,4	10,2	8,6	6,3	11,6	10,1	6,6	4,0	9,3
	düşük	n	67	181	61	13	66	36	42	8	474
		Satır %	14,1	38,2	12,9	2,7	13,9	7,6	8,9	1,7	100,0
		Sütun %	22,6	24,6	21,0	27,1	17,8	27,9	21,4	16,0	22,4
	orta	n	57	110	41	6	62	28	36	6	346
		Satır %	16,5	31,8	11,8	1,7	17,9	8,1	10,4	1,7	100,0
		Sütun %	19,2	15,0	14,1	12,5	16,8	21,7	18,4	12,0	16,4
	yüksek	n	94	227	95	19	120	33	53	21	662
		Satır %	14,2	34,3	14,4	2,9	18,1	5,0	8,0	3,2	100,0
		Sütun %	31,6	30,9	32,6	39,6	32,4	25,6	27,0	42,0	31,3
	çok yüksek	n	57	142	69	7	79	19	52	13	438
		Satır %	13,0	32,4	15,8	1,6	18,0	4,3	11,9	3,0	100,0
		Sütun %	19,2	19,3	23,7	14,6	21,4	14,7	26,5	26,0	20,7
Toplam	n	n	297	735	291	48	370	129	196	50	2116
		Satır %	14,0	34,7	13,8	2,3	17,5	6,1	9,3	2,4	100,0
		Sütun %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Medeni durumlara göre depresyon düzeylerinde anlamlı fark bulunmamıştır (P=0,868). Tablo 21'de verilmiştir.

Tablo 17. Alkol kullanma durumuna göre nikotin düzeyleri

			Alkol durumu		Toplam
			kullanıyor	kullanmıyor	
FNBT	çok düşük	n	33	163	196
		Satır %	16,8	83,2	100,0
		Sütun %	7,7	9,6	9,2
	düşük	n	77	398	475
		Satır %	16,2	83,8	100,0
		Sütun %	18,1	23,5	22,4
	orta	n	62	285	347
		Satır %	17,9	82,1	100,0
		Sütun %	14,6	16,8	16,4
yüksek	n	151	512	663	
	Satır %	22,8	77,2	100,0	
	Sütun %	35,4	30,2	31,3	
çok yüksek	n	103	335	438	
	Satır %	23,5	76,5	100,0	
	Sütun %	24,2	19,8	20,7	
Toplam	n	426	1693	2119	
	Satır %	20,1%	79,9%	100,0%	
	Sütun %	100,0%	100,0%	100,0%	

Yaş gruplarına göre depresyon düzeyleri Tablo 22'de verilmiştir. Yaş gruplarına göre depresyon düzeylerinde anlamlı fark bulunmuştur ($P=0,010$). "31-40" yaş grubunda olup depresyonu olmayanların yüzdesi (%36,4), "41-50" yaş grubunda olup depresyonu olmayanların yüzdesinden (%27,1) anlamlı düzeyde yüksektir. "41-50" yaş grubunda olup şiddetli depresyonu olanların yüzdesi (%14,0), "31-40" yaş grubunda olup şiddetli depresyonu olanların yüzdesinden (%8,2) anlamlı düzeyde yüksektir.

Eğitim düzeylerine göre depresyon düzeyleri Tablo 23'de verilmiştir. Eğitim düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır. ($P<0,001$). Gruplar arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur (Kendall'stau-b $r=-0,192$ $p<0,001$). Ortaokula gidip depresyonu olmayanlar (%22,5), liseye gidip depresyonu olmayanlar (%33,4), üniversite mezunu olup depresyonu olmayan (%50,3) grupların birbirleri arasında anlamlı düzeyde farklılık vardır. Üniversite mezunu olup orta düzeyde depresyonu olanların yüzdesi (%18,8); lise, ortaokul ve ilk okul mezunu olup orta düzeyde depresyonu olanların yüzdesine kıyasla (%27,8 , %33,2 , %32,2) anlamlı derecede düşüktür. Üniversite ve lise mezunu olup şiddetli depresyonu olanların yüzdeleri (%3,4 , %6,1), ilkokul ve ortaokul mezunu olup şiddetli

depresyonu olanların yüzdelerinden (%14,0 , %14,1) anlamlı düzeyde düşüktür.

Tablo 18. Ailesinde sigara içenlerin nikotin bağımlılık düzeyleri

		Ailede sigara içme durumu													
		hiç kimse	baba	anne	kardeş	eş	arkadaş	diğer	baba+ kardeş	anne+ kardeş	anne+ baba	anne+ baba+kardeş	eş+ çocuk	Toplam	
FNBT	çok düşük	n	102	8	2	5	46	0	17	4	2	0	1	9	196
		Satır %	52,0	4,1	1,0	2,6	23,5	0,0	8,7	2,0	1,0	0,0	0,5	4,6	100,0
		Sütun %	10,5	10,4	6,7	8,5	9,3	0,0	8,1	7,0	9,1	0,0	4,5	6,7	9,2
	düşük	n	225	26	10	9	106	2	48	11	4	11	2	21	475
		Satır %	47,4	5,5	2,1	1,9	22,3	0,4	10,1	2,3	0,8	2,3	0,4	4,4	100,0
		Sütun %	23,1	33,8	33,3	15,3	21,4	25,0	22,9	19,3	18,2	34,4	9,1	15,7	22,4
	orta	n	153	16	3	2	78	1	36	17	5	7	7	22	347
		Satır %	44,1	4,6	0,9	0,6	22,5	0,3	10,4	4,9	1,4	2,0	2,0	6,3	100,0
		Sütun %	15,7	20,8	10,0	3,4	15,7	12,5	17,1	29,8	22,7	21,9	31,8	16,4	16,4
	yüksek	n	308	18	7	28	153	4	62	16	7	5	9	46	663
		Satır %	46,5	2,7	1,1	4,2	23,1	0,6	9,4	2,4	1,1	0,8	1,4	6,9	100,0
		Sütun %	31,7	23,4	23,3	47,5	30,8	50,0	29,5	28,1	31,8	15,6	40,9	34,3	31,3
	çok yüksek	n	184	9	8	15	113	1	47	9	4	9	3	36	438
		Satır %	42,0	2,1	1,8	3,4	25,8	0,2	10,7	2,1	0,9	2,1	0,7	8,2	100,0
		Sütun %	18,9	11,7	26,7	25,4	22,8	12,5	22,4	15,8	18,2	28,1	13,6	26,9	20,7
	Toplam	n	972	77	30	59	496	8	210	57	22	32	22	134	2119
		Satır %	45,9	3,6	1,4	2,8	23,4	0,4	9,9	2,7	1,0	1,5	1,0	6,3	100,0
		Sütun %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tablo 19. Nikotin bağımlılık düzeylerine göre Beck depresyon testi median değerleri

FNBT	n	Median	Minimum	Maximum	p
çok düşük	183	10,00	0	42	<0,001
düşük	459	12,00	0	51	
orta	333	12,00	0	50	
yüksek	647	14,00	0	49	
çok yüksek	424	17,00	0	50	
Toplam	2046	13,00	0	51	

Meslek gruplarına göre depresyon düzeyleri Tablo 24'te verilmiştir. Meslek gruplarına göre depresyon düzeylerinde anlamlı farklılık vardır (P<0,001). Memur olup depresyonu olmayanların yüzdesi (%47,2); ev hanımı olup depresyonu olmayanların yüzdesinden (%22,0) ve işçi olup depresyonu olmayanların yüzdesinden (%32,7) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Memur olup depresyonu orta düzey olanların yüzdesi (%47,2); ev hanımı olup depresyonu orta düzey olanların yüzdesinden (%22,0) ve işçi olup depresyonu orta düzey olanların yüzdesinden (%32,7) anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Tablo 20. Cinsiyetlere göre Beck depresyon düzeyleri

			cinsiyet		Toplam
			erkek	kadın	
Beck Depresyon Düzeyleri	yok	n	529	160	689
		Satır%	76,8	23,2	100,0
		Sütun %	37,4	25,3	33,7
	hafif	n	427	172	599
		Satır %	71,3	28,7	100,0
		Sütun %	30,2	27,2	29,3
	orta	n	364	206	570
		Satır %	63,9	36,1	100,0
		Sütun %	25,8	32,5	27,9
	şiddetli	n	93	95	188
		Satır %	49,5	50,5	100,0
		Sütun %	6,6	15,0	9,2
Toplam	n	1413	633	2046	
	Satır %	69,1	30,9	100,0	
	Sütun %	100,0	100,0	100,0	

Tablo 21. Medeni durumlara göre depresyon düzeyleri

			Depresyon düzeyleri				Toplam
			yok	hafif	orta	şiddetli	
Medeni durum	evli	n	542	464	431	143	1580
		Satır %	34,3%	29,4%	27,3%	9,1%	100,0%
		Sütun %	78,7%	77,5%	75,6%	76,1%	77,2%
	bekar	n	121	109	110	35	375
		Satır %	32,3%	29,1%	29,3%	9,3%	100,0%
		Sütun %	17,6%	18,2%	19,3%	18,6%	18,3%
	dul, boşanmış	n	26	26	29	10	91
		Satır %	28,6%	28,6%	31,9%	11,0%	100,0%
		Sütun %	3,8%	4,3%	5,1%	5,3%	4,4%
	Toplam	n	689	599	570	188	2046
		Satır %	33,7%	29,3%	27,9%	9,2%	100,0%
		Sütun %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

İşçi ve serbest meslekle uğraşıp şiddetli depresyonu olanların yüzdeleri (%9,4-%6,5), memur olup şiddetli depresyonu olanların yüzdesinden (%2,8) anlamlı düzeyde yüksek iken, ev hanımı olup şiddetli depresyonu olanların yüzdesinden (%17,5) anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Tablo 22. Yaş gruplarına göre depresyon düzeyleri

			Yaş grupları						
			<20	20-30	31-40	41-50	51-60	61+	Toplam
Beck Depresyon Testi	yok	n	17	198	230	108	100	36	689
		Satır %	2,5	28,7	33,4	15,7	14,5	5,2	100,0
		Sütun %	27,4	34,7	36,4	27,1	36,6	33,3	33,7
	hafif	n	16	165	188	110	83	36	598
		Satır %	2,7	27,6	31,4	18,4	13,9	6,0	100,0
		Sütun %	25,8	28,9	29,7	27,6	30,4	33,3	29,2
	orta	n	24	156	162	125	72	31	570
		Satır %	4,2	27,4	28,4	21,9	12,6	5,4	100,0
		Sütun %	38,7	27,3	25,6	31,3	26,4	28,7	27,9
şiddetli	n	5	52	52	56	18	5	188	
	Satır %	2,7	27,7	27,7	29,8	9,6	2,7	100,0	
	Sütun %	8,1	9,1	8,2	14,0	6,6	4,6	9,2	
Toplam	n	62	571	632	399	273	108	2045	
	Satır %	3,0	27,9	30,9	19,5	13,3	5,3	100,0	
	Sütun %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tablo 23. Eğitim düzeylerine göre depresyon düzeyleri

			Eğitim durumu					
			okur yazar değil	ilkokul	ortaokul	lise	üniversite	Toplam
Beck Depresyon Testi	yok	n	4	180	59	208	236	687
		Satır %	0,6	26,2	8,6	30,3	34,4	100,0
		Sütun %	40,0	26,5	22,5	33,4	50,3	33,6
	hafif	n	2	185	79	204	129	599
		Satır %	0,3	30,9	13,2	34,1	21,5	100,0
		Sütun %	20,0	27,3	30,2	32,7	27,5	29,3
	orta	n	2	218	87	173	88	568
		Satır %	0,4	38,4	15,3	30,5	15,5	100,0
		Sütun %	20,0	32,2	33,2	27,8	18,8	27,8
şiddetli	n	2	95	37	38	16	188	
	Satır %	1,1	50,5	19,7	20,2	8,5	100,0	
	Sütun %	20,0	14,0	14,1	6,1	3,4	9,2	
Toplam	n	10	678	262	623	469	2042	
	Satır %	0,5	33,2	12,8	30,5	23,0	100,0	
	Sütun %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Ayrıca ev hanımı olup şiddetli depresyonu olanların yüzdesi (%17,5), memur olan ve şiddetli depresyonu olanların yüzdesine (%2,8) kıyasla anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 24. Meslek gruplarına göre depresyon düzeyleri

			Meslek grupları								
			memur	işçi	serbest	çiftçi	ev hanımı	öğrenci	emekli	çalışmıyor, düzensiz	Toplam
Beck Depresyon Testi	yok	n	137	234	99	14	79	43	67	15	688
		Satır %	19,9	34,0	14,4	2,0	11,5	6,3	9,7	2,2	100,0
		Sütun %	47,2	32,7	36,0	31,1	22,0	34,1	36,2	31,3	33,7
	hafif	n	89	200	95	13	96	38	57	10	598
		Satır %	14,9	33,4	15,9	2,2	16,1	6,4	9,5	1,7	100,0
		Sütun %	30,7	28,0	34,5	28,9	26,7	30,2	30,8	20,8	29,3
	orta	n	56	214	63	14	121	37	49	15	569
		Satır %	9,8	37,6	11,1	2,5	21,3	6,5	8,6	2,6	100,0
		Sütun %	19,3	29,9	22,9	31,1	33,7	29,4	26,5	31,3	27,9
	şiddetli	n	8	67	18	4	63	8	12	8	188
		Satır %	4,3	35,6	9,6	2,1	33,5	4,3	6,4	4,3	100,0
		Sütun %	2,8	9,4	6,5	8,9	17,5	6,3	6,5	16,7	9,2
Toplam	n	290	715	275	45	359	126	185	48	2043	
	Satır %	14,2	35,0	13,5	2,2	17,6	6,2	9,1	2,3	100,0	
	Sütun %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

5. TARTIŞMA

Düzce Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniğine Mart 2015-Kasım 2016 tarihleri arasında başvurmuş 2119 hasta ile bu çalışma yapılmıştır. Retrospektif yapılan bu çalışmaya 1468 (%69,3) erkek, 651 (%30,7) kadın katılmıştır. Sigara polikliniğine erkeklerin daha fazla başvurduğu görülmüştür. Yapılan bir çok çalışmada da sigara bırakma polikliniğine başvuran erkeklerin sayısı fazla bulunmuştur (69-71). Bunun sebebi ülkedeki sigara içme prevelansının erkeklerde daha fazla olduğuna bağlanabilir (72). Fakat Salepçi ve ark. ve Wilson ve ark.'nın yaptığı çalışmalarda kadın oranı daha yüksek çıkmıştır (73, 74). Demir ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise kadın-erkek oranı birbirine çok yakın bulunmuştur (75).

Çalışmada cinsiyetler arasında nikotin bağımlılık düzeyi açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bizim çalışmamıza benzer bir şekilde Çelebkolu ve ark. yaptığı çalışmada cinsiyetler arasında ağır sigara içiciliği yönünden anlamlı fark bulmamıştır (76). Şengezer ve ark. ise yapmış olduğu çalışmada erkeklerin bağımlılık derecelerinin kadınlardan anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (77).

Sigara bırakma polikliniğine en çok başvuru 31-40 yaş arası (%30,8), 20-30 yaş arası (%27,6) kişiler tarafından yapılmıştır (Tablo 3). Şengezer ve ark. tarafından Ankara'da yapılan çalışmada sigara içen katılımcıların %82,3'ünün 25-44 yaş grubunda olduğu görüldü (77). Çelebkolu ve ark. yapmış olduğu çalışmada da yine bizim çalışmamıza benzer şekilde; katılımcıların yaklaşık yarısının 20-39 yaş arası grupta olduğu görüldü (76). Sigara bırakma polikliniğine genç-erişkinlerin daha fazla başvurmasının sebebi, aile kurma ve çocuk sahibi olmanın daha çok bu yaşlarda görülmesi ve bu faktörlerin sigara bırakmayı teşvik ettirmesi olabilir.

Çalışmamızda "<20" yaş grubundaki nikotin bağımlılık düzeyi düşük olan bireylerin oranı (%34,9), "41-50" ve "51-60" yaş gruplarındaki nikotin bağımlılık düzeyi düşük olan bireylerin oranlarından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. (her biri için $p<0,005$). "41-50" yaş grubunda nikotin bağımlılık düzeyleri çok yüksek olan bireylerin oranı (%25,2) "<20" yaş grubunda nikotin bağımlılık düzeyi yüksek olanların oranından (%7,9) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 12). 20 yaş altı kişilerden bağımlılığın daha

düşük çıkmasının sebebi, sigara kullanma süresinin az olmasına bağlanabilir. Çelebkolu ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada yaş ile bağımlılık düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamasına rağmen 50 yaş ve üzeri grubunda yüksek bağımlılık düzeyi %53,5 iken 20-39 yaş grubunda bu oran %45,9'a düşmekteydi. Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ileri yaşlara doğru erken yaş gruplarına göre bağımlılık oranlarını daha fazla bulmuşlardı (76). Kaptanoğlu ve ark.'nın çalışmasında ise, yaş ile bağımlılık düzeyi arasında pozitif korelasyon olduğunu ve anlamlı ilişki bulduklarını söylemişlerdi (78). Bu durum yaş ilerledikçe kullanılan sigara miktarı ve süresinin artmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda medeni durum ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 14). Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlık personelleri ile yapılan bir çalışmada da medeni durum ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (79). Okutan ve ark.'nın gene sağlık personelleri ile yapmış olduğu bir çalışmada, bizim sonuçlarımıza benzer şekilde medeni durum ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür (80). Medeni durum ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamasına rağmen yapılan literatür araştırmasında medeni durum ile sigara bırakma başarısı arasında anlamlı ilişki saptanan çalışmalar bulunmaktadır. Şahbaz ve ark.'nın yapmış olduğu bir çalışmada evli olanların sigarayı daha kolay bıraktıkları saptanmıştır (81). İngiltere'de 10 yıl boyunca yürütülen bir çalışmada evli olanların sigara bırakma oranının, evli olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür (82).

Sigara bırakma polikliniğine başvuran ve çalışmamıza katılan hastaların yaklaşık yarısını lise ve üniversite mezunları oluşturuyordu (Tablo 6). Ege Üniversitesi'nde Sigara bırakma polikliniğinde yapılan çalışmada da başvuruların çoğunluğunun lise ve üniversite mezunu olduğu görülmüştür (83). Ankara'da Sigara bırakma polikliniğine başvuranlarla yapılan bir çalışmada, hastaların %53,1'inin üniversite mezunu, %25,7'sinin ise lise mezunu olduğu görüldü (84). Eğitim seviyesi yüksek kişilerin sigara bırakma polikliniklerine daha çok başvurdukları görüldü. Bunun sebebi, eğitim seviyesi yüksek olan hastaların sigara ile ilgili bilincinin artmış olmasına ve sağlığa daha çok önem vermelerine bağlanabilir.

Çalışmamıza katılanların eğitim düzeyleri ile nikotin bağımlılık düzeyleri

arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 15). Örsel ve ark.'nın Ankara'da yapmış oldukları çalışmada da, benzer şekilde eğitim düzeyi ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır (85). Okutan ve ark.'nın yaptığı çalışmada da eğitim düzeyleri ile nikotin bağımlılığı arasında bir ilişki bulunmamıştır (80).

Çalışmamızda meslek grupları ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 16). Şanlıurfa'da sarma tütün kullanan bir grupta yapılan bir çalışmada da meslek grupları arasında nikotin bağımlılığı açısından anlamlı fark saptanmamıştı (86). Yine Örsel ve ark.'nın yapmış olduğu bir çalışmada çalışan ve çalışmayanlar arasında nikotin bağımlılığı yönünden yine anlamlı farklılık yoktu (85).

Çalışmamızda alkol kullanan bireylerin nikotin bağımlılık düzeylerinin, alkol kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu anlamlı olarak görüldü (Tablo 17). Grucza ve Bierut'un yapmış olduğu bir çalışmada sigara içen kişilerin alkol kullanmaya daha meyilli oldukları görülmüştür (87). Tanrikulu ve ark.'nın Kars ilinde öğrencilerle yapmış olduğu çalışmada da sigara ile alkol ve uyuşturucu madde kullanımı arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır (88). Ankara'da yapılan bir çalışmada sigara bırakma polikliniğine başvuru yapanların yaklaşık %40'ında alkol kullanımının da olduğu saptanmıştır (89). İzmir'de yapılan bir çalışmada ise alkol kullanan kişilerde yüksek oranda sigara içiciliği saptanmıştır (90). Kayseri'de yapılan bir çalışmada da sigara içenlerin çay, kahve ve alkolü anlamlı olarak daha fazla tükettikleri gösterilmiştir (91). Bu bulgular, literatürde yer alan bağımlılıkların birbirlerini tetiklemesi ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda kardeşi sigara içen ve nikotin bağımlılık düzeyleri orta olanların yüzdesi; baba ile kardeşi ve anne, baba, kardeşi sigara içenlerin ve nikotin bağımlılık düzeyleri orta olanların yüzdesinden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 18). Bunun dışında ailesinde veya evinde sigara içen kişi olması ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasında bizim çalışmamızda anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kırıkkale'de yapılan bir çalışmada da gruplar ağır sigara içicisi olanlar ve olmayanlar olarak ikiye ayrıldığında ailesinde sigara içme öyküsü açısından anlamlı farklılık olmadığı bizim çalışmamıza benzer şekilde gözlemlendi (92). Tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da evde sigara içen birinin olması ile sigara içme durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (93). Salepçi ve ark.'nın yapmış

olduğu çalışmada evde sigara içilip içilmemesi ile sigara bırakma arasında bir ilişki saptanmamıştır (74). Bunun sebebi medya ve yayın organları sebebiyle sigaranın her eve girmesi ve onun reklam edilmesi olabilir. Ayrıca okul ve işyeri gibi mekanlarda arkadaş ortamının çok etkin olması da bu sonuca sebep olabilir. Öte yandan nikotin bağımlılığı ile ailede sigara içme durumu arasında ilişki bulunan çalışmalar da bulunmaktadır. Akfert ve ark.'nın yapmış olduğu bir çalışmada anne babasının sigara kullanımı ile bireylerin sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (94). Bauman ve ark. 12-14 yaş arası ergenlerde yaptıkları bir çalışmada ise anne babanın sigara içmesi ile ergenlerin sigara içmesi arasında anlamlı ilişki olduğunu söylemişlerdir (95).

Çalışmamıza katılanların nikotin bağımlılık düzeylerinin arttıkça Beck depresyon testi değerlerinin de arttığı anlamlı olarak saptanmıştır (Tablo 19). Grant ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada major depresyonu olup nikotin bağımlılığı olanların oranı %30,01 bulunmuştur (96). Manley ve ark.'nın yapmış oldukları bir çalışmada şiddetli nikotin bağımlısı olanların, günlük içiciler ve hafif içicilere göre depresyona yatkınlıklarının daha fazla olduğu bulunmuştur (97). Rezvanfard ve ark.'nın yapmış olduğu bir çalışmada hastaları sigara içmeyenler, düşük bağımlılıklar ve yüksek bağımlılıklar olmak üzere 3 gruba ayırmışlar ve nikotin bağımlılığı arttıkça depresyon düzeylerinin anlamlı bir şekilde arttığını bizim çalışmamıza benzer bir şekilde bulmuşlardır (98). Sigara kullanımı geçici bir kendini iyi hissetme durumu sağlamaktadır. Depresyon arttıkça sigara kullananlar bir kaçış yolu olarak sigara kullanımını arttırmaya meyilli olabileceği düşünüldü. Bununla birlikte sigara bağımlılığı ve major depresyon birlikteliğinin sebepleri halen araştırılmaktadır ve kesin sonuçlara varılamamıştır. Bu iki sorunun arasındaki ilişkiyi ortaya koymak tedavi stratejileri geliştirmek açısından da faydalı olacaktır.

Kadınlarda depresyon düzeylerinin erkeklere göre daha fazla olduğu çalışmamızda anlamlı olarak görüldü (Tablo 20). Estonya'da tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde kızların daha depresif olduğu görüldü (99). Kanada Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada da kızlarda depresif belirtiler anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (100). Depresyon kadınlarda zaten genel olarak daha sık bildirilmektedir (101, 102). Kadınlarda depresyonun daha fazla gözükmesinin sebebi tarihsel süreç içerisinde meydana gelen psikososyal

cinsiyet rollerine ve biyolojik farklılığa bağlı iş bölümüne bağlı olabilir.

Çalışmamıza katılanların 41-50 yaş grubunda olan kişilerin 31-40 yaş grubunda olan kişilere göre şiddetli depresyon oranlarının daha yüksek olduğu anlamlı olarak görülmüştür (Tablo 22). Bizim çalışmamıza benzer şekilde, 40-60 yaş arasında depresyonun yoğunlaştığı bazı kaynaklarda söylenmektedir (103-105). Bu yaş grubunda depresyonun artmasının sebebi; bu yaş grubunun yaşlılığa giriş aşaması olmasından ve fizyolojik değişimlerle yaşlılığın yaklaştığının hissedilmesinden olabilir. Yaş arttıkça depresyonun da arttığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (106, 107).

Çalışmamızda eğitim durumlarına göre depresyon düzeylerine baktığımızda, eğitim düzeyleri arttıkça depresyon oranlarının düştüğü görülmüştür (Tablo 23). Tel ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada okur-yazar olmayan yaşlıların depresif belirtilerinin daha fazla olduğu görülmüştür (107). Dişçigil ve arkadaşları da yapmış oldukları çalışmalarla eğitim durumu düşüklüğünün depresyon için bir risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir (108). Bu durum, eğitimin genel olarak yaşam tarzı üzerine olan olumlu etkilerinin, hastaların duygudurumlarına da olumlu bir şekilde yansımaları ile ortaya çıkmış olabilir.

Kişilerin meslek gruplarına göre depresyon düzeylerine baktığımızda, memurların depresyon oranlarının işçi ve ev hanımlarına göre daha düşük olduğunu anlamlı olarak gözledik (Tablo 24). Memurlarda depresyonun düşük çıkmasının sebebi genel olarak hayat standartlarının daha yüksek olmasından kaynaklanabilir. Bir aile sağlığı merkezinde yaşlılarda geriatrik depresyon ölçeği ve yaşam doyum ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada memur emeklilerinin yaşam doyumları, diğer meslek gruplarına göre yüksek bulunmuştur (109). Gebelerde yapılan bir araştırmada da memur olan gebelerin depresyon puan ortalamaları diğer meslek gruplarından düşük bulunmuştu (110). Çalışmamızda ev hanımlarında depresyon oranları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 24). Trabzon ilinde birinci basamakta yapılan bir çalışmada, bizim çalışmamıza benzer şekilde ev hanımlarında depresyon oranlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (111). Bu grubun kadınlardan oluşması ve daha önce de bahsettiğimiz gibi kadınlarda depresyona daha fazla yatkınlık olmasından dolayı, bu sonuç görülmüş olabilir. Ayrıca ev hanımlarının maddi bağımsızlıklarının olmaması rol oynayan faktörler arasında olabilir.

6. SONUÇLAR

Sigara günümüzde önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir. Sigaranın insan sağlığı üzerine yol açtığı organik patolojiler oldukça fazladır. Sigara içerisinde birçok kimyasal madde barındırmakta olup, bunlardan bağımlılık yapıcı nikotindir. Nikotin bağımlılığı ICD'nin hastalık sınıflamasının içerisinde yerini almıştır.

Çalışmamızda eğitim düzeyleri yüksek olan kişilerin sigara bırakma polikliniklerine daha fazla başvurduğu görüldü. Ayrıca eğitim düzeyi yükseldikçe depresyon düzeylerinin de azaldığı saptandı. Bu durum bizlere, gerek nikotin bağımlılığı gerekse depresyonla mücadelede eğitimin önemini gösterdi.

Çalışmamızda gençlerin bağımlılıklarının düşük olduğu görüldü. Tütünle mücadelede özellikle bu grup hedef alınmalıdır. Gençlerin sigaraya başlamaması için alınan önlemler artırılmalıdır. Sigaraya başlamış olanların da bağımlılıkları ilerlemeden sigara bırakma uygulamaları içerisinde dahil edilmelerinde fayda vardır.

Alkol kullanan kişilerin nikotin bağımlılık düzeylerinin daha fazla olduğu görüldü. Sigara bağımlılığı ile mücadele ederken alkolle de mücadele edilmelidir. Sigara bırakma polikliniklerine başvuran kişilere başka bağımlılıklarının olup olmadığı sorgulanmalıdır.

Çalışmamızda nikotin bağımlılık düzeyleri arttıkça depresyon oranlarının arttığı gözlemlendi. Sigara bedensel patolojilere neden olmakla birlikte, sigaranın psikiyatrik bozukluklarla birlikte olabileceği akılda tutulmalı; hastalara yaklaşırken buna dikkat edilmelidir.

Sonuç olarak depresyon ve alkol kullanımının nikotin bağımlılığı ile ilişkisi olduğu görüldü. Bu nedenle hastalara yaklaşırken aile hekimliğinin temel kavramlarından olan biyopsikososyal yaklaşım unutulmamalı, hastalar bütüncül olarak değerlendirilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. World Health Report 1999. Geneva: WHO. 1999.
2. Kaya E, Danaci A, A akar A, Yorgancioglu A. Sigarayı Bırakmada Ruhsal Etkenlerin Etkisi Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005;6:245-50.
3. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. Toraks dergisi. 2006;7(1):51-64.
4. Fiore MC. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: US Public Health Service report. JAMA: Journal of the American Medical Association. 2000.
5. Berg AM, Hem E, Lau B, Håseth K, Ekeberg Q. Stress in the Norwegian police service. Occupational medicine. 2005;55(2):113-20.
6. Kirkcaldy B, Shephard R. Occupational stress, work satisfaction and health among the helping professions. European Review of Applied Psychology/Revue Européenne de Psychologie Appliquée. 2001.
7. Kohan A, O'connor BP. Police officer job satisfaction in relation to mood, well-being, and alcohol consumption. The Journal of psychology. 2002;136(3):307-18.
8. World Health Organization. The History of Tobacco. <http://www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf>
9. Uzunca G. Tütünün Tarihi, İn: Özyardımcı N. (Ed) Sağlık ve Sigara, Bursa. 2002:22-9.
10. Barış Yİ. Tütün Kullanımının Tarihçesi. http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/Tutun_Kullanımının_Tarihçesi-I_Baris.pdf
11. Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. 2008.
12. Pekel Ö. Balçova'da sigara bırakma merkezinde bir yıllık bırakma hızı ve nikotin bağımlılık düzeyinin yeniden başlamaya etkisi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, PhD Tezi; 2012.
13. Sağlık Bakanlığı T. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. 2012.
14. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: Raising taxes on tobacco2015.

15. Bilir N. Türkiye'de Tütün Kontrolünün Dünü-Bugünü ve Yarını. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu. 2012.
16. Demir B, Okutan M. Radyoaktif sigara: Tütün+ Polonyum-210+ Kurşun-210. Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi. 2014;29(1).
17. Yılmaz S, Benzer F, Ozan S, Gurgoze SY. Oxidative damage and arginase activity in tissues of rats exposed to cigarette smoke. Revue de médecine vétérinaire. 2008;159(2):79.
18. Tutka P, Mosiewicz J, Wielosz M. Pharmacokinetics and metabolism of nicotine. Pharmacol Rep. 2005;57(2):143-53.
19. Kayaalp SO. Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji: Hacettepe Taş Kitapçılık Limited Şti.; 2005.
20. Russell M, Jarvis M, Devitt G, Feyerabend C. Nicotine intake by snuff users. Br Med J (Clin Res Ed). 1981;283(6295):814-7.
21. Svensson CK. Clinical pharmacokinetics of nicotine. Clinical pharmacokinetics. 1987;12(1):30-40.
22. Uysal A. Sigara Bağımlılığı ve Değerlendirilmesi. Sigara ve Sigara Bırakma Tedavileri. Demir T (ed). 2005:17-21.
23. Fletcher C, Peto R, Tinker C, Speizer FE. The natural history of chronic bronchitis and emphysema. An eight-year study of early chronic obstructive lung disease in working men in London: Oxford University Press, 37 Dover Street, London. W1X 4AH; 1976.
24. Sönmez CI, Özbey Z. Nikotin Bağımlılığının Nörobiyolojisi ve Klinik Özellikleri. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2016;7(5):13-9.
25. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-V-TR). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan çev Köroğlu, E Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2014.
26. Demir T. Sigara bağımlılığı. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu: Mart. 2008:231-8.
27. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberk Toraks. 2004;52(2):115-21.

28. Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A. Solunum Sistemi ve Hastalıkları Temel Başvuru Kitabı. Bölüm V ve XVII Copyright. 2011.
29. Hughes JR. Nicotine related disorders. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th edition Philadelphia, Lippincott: Williams & Wilkins. 2000.
30. Pontieri FE, Tanda G, Orzi F, Di Chiara G. Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity to those of addictive drugs. 1996.
31. Clarke PB, Pert A. Autoradiographic evidence for nicotine receptors on nigrostriatal and mesolimbic dopaminergic neurons. Brain research. 1985;348(2):355-8.
32. Lee EW, D'Alonzo GE. Cigarette smoking, nicotine addiction, and its pharmacologic treatment. Archives of internal medicine. 1993;153(1):34-48.
33. Sarandöl A. Nikotin Bağımlılığı ve Tedavi Yaklaşımı. Türkiye Klinikleri Archives of Lung. 2002;3(3):129-39.
34. Pomerleau OF, Pomerleau CS. Research on stress and smoking: progress and problems. British journal of addiction. 1991;86(5):599-603.
35. Jarvik ME. Beneficial effects of nicotine. British journal of addiction. 1991;86(5):571-5.
36. Vandenbroucke JP, Mauritz BJ, de Bruin A, Verheesen JH, van der Heide-Wessel C, van der Heide RM. Weight, smoking, and mortality. Jama. 1984;252(20):2859-60.
37. Rose JE, Levin ED. Inter-relationships between conditioned and primary reinforcement in the maintenance of cigarette smoking. British journal of addiction. 1991;86(5):605-9.
38. Akar B, Özyardımcı N. Kronik Bronşit ve Sigara. Türkiye Klinikleri Archives of Lung. 2002;3(1):45-8.
39. Stephen I Rennard, Daughton DM. Cigarette Smoking and Disease/Alfred P. Fishman (Ed). Fishman's Pulmonary Disease and Disorders. 1997;3. edition:697-707.
40. Öğün D. Neoplazinin Klinik Yönü/Kumar V, Cotran RS, Robbins SL. Temel Patoloji (Basic Pathology). İstanbul Güneş Yayınları 1995:219-80.
41. Hassan MM, Spitz MR, Thomas MB, El- Deeb AS, Glover KY, Nguyen NT, et al. Effect of different types of smoking and synergism with hepatitis C virus on risk of hepatocellular carcinoma in American men and women: Case- control study.

- International journal of cancer. 2008;123(8):1883-91.
42. Özkayın N, Aktuğlu K. Sigaranın Kas-İskelet Sistemi Üzerine Etkileri. STED. 2003;12(3):102.
43. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. BMJ: British Medical Journal. 1994;309(6959):937.
44. Gümüşdiş G, Doğanavşargil E. Klinik romatoloji: İstanbul Deniz Matbaası, Ege Romatoloji (1999).
45. Aydınlar A. Sigaranın Kardiovasküler Sistem Üzerine Etkileri, Özyardımcı N.(ed) Sigara ve Sağlık. Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi. 2002:206-15.
46. Mcewan J. Kardiyolojide Güncel Konular, London. BMJ Publishing Group. 1998:1-10.
47. Moran S, Wechsler H, Rigotti NA. Social smoking among US college students. Pediatrics. 2004;114(4):1028-34.
48. Jha P, Chaloupka FJ. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control: World Bank Publications; 1999.
49. Bilir N, Aslan DD. Türkiye’de ve Hacettepe’de tütün kontrol çalışmaları. Hacettepe tıp dergisi. 2005;36:75-9.
50. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2015. Havanı Korumaya Dumanlı Hava Sahası. <http://havanikoru.org.tr>.
51. Evrengil E. Türkiye’de tütün ürünü piyasa düzenlemesi: Tütün kontrolü bakış açısından bir değerlendirme. “31 Mayıs Tütünsüz Bir Dünya Günü” Nedeniyle Özel Sayı. 2014:24.
52. Gupta P. UICC Tobacco Control Fact Sheet No. 17: Areca Nut. International Union Against Cancer. 1996.
53. Slama K. Tobacco control and prevention: a guide for low income countries: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD); 1998.
54. Özlü T. Gençlik ve sigara. Sigara ve Sağlık. 2002:74-84.
55. Aslan M. Sigarayı Bırakanların Sosyodemografik Özellikleri ile Sigarayı Bırakmada Etkili Faktörler ve Bırakma Yöntemleri. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Van 2009.
56. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax. 2000;55(12):987-99.

57. Uzaslan E. Sigarayı Bırakma Yöntemleri. Sigara ve Sağlık. 2002:441-63.
58. Jeffrey L. Nöropsikiyatri ve davranış nörolojisi. Akdal G, Yener G (Çevirenler), Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi. 2003:1-18.
59. Işık E. Depresyon ve bipolar bozukluklar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık. 2003:5-11.
60. Öztürk MO. Duygulanım bozuklukları, ruh sağlığı ve hastalıkları. O öztürk (ed). 2001;7:223-42.
61. Doğan O. Depresyonun epidemiyolojisi. Duygudurum Dizisi. 2000;1:29-38.
62. Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF. The American Psychiatric Publishing textbook of mood disorders: American Psychiatric Pub; 2007.
63. Duman RS, Heninger GR, Nestler EJ. A molecular and cellular theory of depression. Archives of general psychiatry. 1997;54(7):597-606.
64. Tarhan N, Çetin M. Depresyonda Biyolojik Göstergeler. Depresyon Monografaları Serisi. 1993;4:175-200.
65. Sadock BJ. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry: lippincott Williams & wilkins Philadelphia, PA; 2000.
66. Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride hastalıkların tanımlandırılması ve sınıflandırılması elkitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2000.
67. Çevik A, Volkan V. Depresyonun psikodinamik etiolojisi. Depresyon Monografaları Serisi. 1993;3:109-22.
68. Bayar Ü, Basaran M, Atasoy N, Ayoglu H, Sade H, Altunkaya H. Comparison of satisfaction and pain relief between patients-controlled analgesia and interval analgesia after laparoscopic ovarian cystectomy. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2008;29(2):139-45.
69. Barbano G, Bressan M, Nardini S. The stage-of-change model in smoking cessation in respiratory patients: does it need to be revisited. Smoking Cessation Sheffield, UK: European Respiratory Society Journals Ltd. 2008;42:51-6.
70. Godtfredsen N, Lam T, Hansel T, Leon M, Gray N, Dresler C, et al. COPD-related morbidity and mortality after smoking cessation: status of the evidence. European Respiratory Journal. 2008;32(4):844-53.
71. Gómez FP, Rodriguez-Roisin R. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung

Disease (GOLD) guidelines for chronic obstructive pulmonary disease. Current opinion in pulmonary medicine. 2002;8(2):81-6.

72. T.C. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Küresel yetişkin tütün araştırması Türkiye raporu 2010. Ankara: Anıl Matbacılık. 2010:37-75.

73. Tonnesen P, Carrozzi L, Fagerström K, Gratiou C, Jimenez-Ruiz C, Nardini S, et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. European Respiratory Journal. 2007;29(2):390-417.

74. Umut S, Saryal S. Türk Toraks Derneği Astım Tanı ve Tedavi Rehberi. Türk Toraks Dergisi. 2010;11:1-15.

75. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2004;52(1):63-8.

76. Çelepkolu T, Atli A, Palancı Y, Yılmaz A, Demir S, İbiloğlu AO, et al. Sigara kullanıcılarında nikotin bağımlılık düzeyinin yaş ve cinsiyetle ilişkisi: Diyarbakır örnekleme. Dicle Tıp Dergisi. 2014;41(4).

77. Sunay D, Sivri F, Dilbaz N, Şengezer T. Ankara ili Yenimahalle ilçesinde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran bireylerde tütün bağımlılığı ve ilişkili risk faktörleri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014;18(1):42-8.

78. Kaptanoğlu AY, Polat G, Soyer M. Marmara Üniversitesi öğrencilerinde ve öğretim üyelerinde sigara alışkanlığı ve durağan maliyet ilişkisi. Journal of Higher Education & Science/Yükseköğretim ve Bilim Dergisi. 2012;2(2).

79. Aliskin O, Savas N, Inandi T, Peker E, Erdem M, Yeniceri A. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Personelinin Sigara İçme ve Bağımlılık Durumu. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi. 2015;6(24).

80. Okutan O, Taş D, Kaya H, Kartaloğlu Z. Sigara içen sağlık personelinde nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2007;55(4):356-63.

81. Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara içme ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarına etkileri. Toraks Dergisi. 2007;8(2):110-4.

82. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio- demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? Addiction. 2004;99(6):770-7.

83. Solak ZA, Kaçmaz Başoğlu Ö, Erdiñç E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında sigarayı bırakma başarısı. Tüberk Toraks Derg. 2006;54(1):43-50.

84. Sayın E. Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Bırakma Yöntemlerinin Başarısı. Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. 2013;Ankara 2013:39.
85. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Güven SF, Şipit T, et al. Sigara bırakmada nikotin bağımlılık düzeylerinin tedavi sonuçlarına etkisi. Solunum Hastalıkları. 2005;16(3):112-18.
86. Yanık M, Gencer M, Ceylan E, Altındağ A. Şanlıurfa'da "sarma tütün" kullanan bir grupta sosyodemografik özellikler ve bağımlılık düzeyleri. Journal of Dependence. 2004;5:26-9.
87. Gruzca RA, Bierut LJ. Cigarette smoking and the risk for alcohol use disorders among adolescent drinkers. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2006;30(12):2046-54.
88. Tanrikulu AÇ, Çarman KB, Palancı Y, Çetin D, Karaca M. Kars İl Merkezinde çeşitli üniversite öğrencileri arasında sigara kullanım sıklığı ve risk faktörleri. Tur Toraks Der. 2009;11:101-6.
89. Kararlı BA. Sigara Bırakma Tedavisinde Kullanılan Yöntemlerin Başarısını Etkileyen Faktörler. Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. 2006.
90. Keskinoglu P, Sözkese S, Sarıyer E, Kesik K, Öztürk R. Sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede 15 yaş üzerinde sigara içicilik sıklığı, içicilik maliyeti ve içiciliğin hastalık varlığına etkisi. Türk Toraks Dergisi. 2007;8(4):227-33.
91. Yılmaz M, Aykut M. Sigaranın Beslenme ve Besin Tüketimi Üzerine Etkileri. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2012;32(3):644-51.
92. Buturak ŞV, Günal N, Özçiçek G, Rezaki HÖ, Koçak OM, Kırıcı AG, et al. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve sigara bağımlılık şiddetleri. Turkish Journal of Clinics and Laboratory. 2016;7(3):72-6.
93. Kutlu R, Çivi S, Şahinli AS. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Depresif Belirti ve Sigara İçme Sıklığı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(6).
94. Akfert SK, Çakıcı E, Çakıcı M. Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009;10(40):40-7.
95. Chuang Y-C, Ennett ST, Bauman KE, Foshee VA. Relationships of adolescents'

perceptions of parental and peer behaviors with cigarette and alcohol use in different neighborhood contexts. *Journal of youth and adolescence*. 2009;38(10):1388-98.

96. Grant BF, Harford TC, Dawson DA, Chou PS, Pickering RP. The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. *Drug and alcohol dependence*. 1995;39(1):37-44.

97. Manley MJ, de Jonge P, Kershaw TS, Desai RA, Lin H, Kasl SV. Association of major depression with subtypes of nicotine dependence found among adult daily smokers: a latent class analysis. *Drug and alcohol dependence*. 2009;104(1):126-32.

98. Rezvanfard M, Ekhtiari H, Mokri A, Djavid GE. Psychological and behavioral traits in smokers and their relationship with nicotine dependence level. *Archives of Iranian Medicine*. 2010;13(5):395.

99. Eller T, Aluoja A, Vasar V, Veldi M. Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems. *Depression and anxiety*. 2006;23(4):250-6.

100. Dion KL, Giordano C. Ethnicity and sex as correlates of depression symptoms in a Canadian university sample. *International Journal of Social Psychiatry*. 1990;36(1):30-41.

101. Köknel Ö. Türkiye’de depresyon epidemiyolojisi. *Nöro-Psikiyatri Arşivi Özel Sayısı*. 1989:1-5.

102. Küey L, Üstün T, Güleç C. Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. *Toplum ve Hekim*. 1987;44:16-30.

103. Kaplan H, Sadock B. *Synopsis of psychiatry*. 8th. Edition Williams & Wilkins Baltimor. 1998.

104. Sen B, Williams P. The extent and nature of depressive phenomena in primary health care. A study in Calcutta, India. *The British Journal of Psychiatry*. 1987;151(4):486-93.

105. Üstün B, Ceylan ME, Çevik Y, Yaşar KA. Birincil sağlık hizmeti içinde ruh sağlığı. *Düşünen Adam*. 1994;7(4):9-19.

106. Bahar A, Taşdemir HS. Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*.

2008;11(2).

107. Tel H, Tay BN, Canbay M, Akaya I, Yalçinkaya S. Kronik fiziksel hastalıklı yaşlılarda yeti yitimi ve depresyon. Florence Nightingale Hemşireliği Dergisi. 2014;22(2):69-75.

108. Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O, Gürel FS, Tekin N. Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon. Turkish Journal of Geriatrics. 2005;8(3):129-33.

109. Elkin N. Bir aile sağlığı merkezine başvuran yaşlı bireylerde depresyon sıklığı ve yaşam doyumunun değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;9(1):09-21.

110. Aslan B. Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler. Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi Isparta 2010.

111. Bulut A. Trabzon İlinde Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Veren Kurumlara Başvuran Bir Grup Hastada Depresyon Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Değişkenler. Karadeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. Trabzon 1995.

8. EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İNVAZİV OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların nikotin bağımlılığının sosyodemografik özellikler ve depresyon ile ilişkisi				
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU						
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>			
	OLGU RAPOR FORMU		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>			
DİĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama			
	SIGORTA		<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ		<input type="checkbox"/>			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU		<input type="checkbox"/>			
	İLAN		<input type="checkbox"/>			
	YILLIK BİLDİRİM		<input type="checkbox"/>			
	SONUÇ RAPORU		<input type="checkbox"/>			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ		<input type="checkbox"/>			
DİĞER:		<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016/74		Tarih: 18.10.2016			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekeç, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç.Dr.Seyit ANKARALI				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Handan ANKARALI	Biyoistatistik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Ege GÜLEÇ BAYBAY	Göğüs Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Gülbin SEZEN	Anestezi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Muhammet Ali KAYIKÇI	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Birgül ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Abdullah BELADA	KBB	Düzce Devlet Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Seda ERİŞEN KARACA	Çocuk Hastalıkları	Düzce Devlet Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varollar Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Şerife SÜLEK	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:Doç.Dr.Seyit ANKARALI
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

